

DOCUMENTOS NUEVA COLEGIACIÓN:

1.- Fotocopia compulsada del título o certificación supletoria provisional que goza de idéntico valor jurídico que aquél y que deberá incorporar el número de Registro Nacional de Titulados Universitarios Oficiales y será firmada por el Rector (art. 14 del Real Decreto 1002/2010, de 5 de agosto, sobre expedición de títulos universitarios oficiales)

2.- Fotocopia compulsada del DNI.

3.- Dos fotos tamaño carnet en color.

4.- Impreso de inscripción para adquirir la condición de colegiado/a.co, dirección y c/c.

5 - Boletín de autorización de Transferencia: Cuenta bancaria Nombre del banco

6.- Declaración Jurada.

7.- Hoja de Protección de datos

8.- Certificado del IAE o último pago del mismo, si es autónomo.

9.- Si es trabajador por cuenta ajena: vida laboral o certificado de empresa.

10.- Hoja de registro de centros.

Cuota de inscripción: 200 €. Transferencia con cargo a cuenta del colegiado y cuota del trimestre en curso.

Pago trimestral en función a la cuota aprobada en Asamblea General del COFN (no se fracciona).

El documento ha de llevar la firma original. Enviándolo a la Secretaría Técnica del Colegio Oficial de Fisioterapeutas a la siguiente dirección: Pío XII, 31, 1ª entreplanta, 31008 Pamplona.

INSCRIPCIÓN PARA ADQUIRIR LA CONDICIÓN DE COLEGIADO/A.

Apellidos:.....

Nombre:.....

Dirección Completa.....
(Calle. CP. Localidad. Provincia)

D.N.I.....

Teléfonos.....

Centro de trabajo.....

Correo electrónico.....

Es mi deseo constar como asegurado en el seguro de Responsabilidad Civil Profesional suscrito por el Colegio Oficial de fisioterapeutas de Navarra.

Pamplona a.....de.....de

Fdo. Colegiado/a.

Directora Técnica.

M^a Del Mar De Ruz Ortega.

Las Cuotas del C.O.F.N, vigentes son:

- Inscripción: 200 €
- Anual: 276 €, fraccionado en cuatro mensualidades de 69,00 € cada una, y se cargaran en vuestra cuenta, en las fechas siguientes:
 - El día 1 de enero.
 - El día 1 de abril.
 - El día 1 de julio.
 - El día 1 de octubre.

La Junta del Gobierno del C.O.F.N.

BOLETÍN DE AUTORIZACIÓN DE TRANSFERENCIA BANCARIA

Autorizo al Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Navarra al cobro de las cuotas estipuladas, así como al tratamiento y cesión de los datos necesarios para la emisión de los recibos.

Apellidos.....

Nombre..... Telf.....

Domicilio..... Núm.....

Población..... Código postal.....

Provincia..... D.N.I / N.I.F.....

IBAN en formato papel (24 dígitos de nº cuenta):

IBAN:.....

BIC (Código Internacional de Identificación Bancaria en el sistema

SWIFT):

Fdo.

DECLARACIÓN JURADA:

Pamplona, a, de de

D.....
con DNI....., declara que no se encuentra ni inhabilitado, ni incapacitado,
ni sancionado para el ejercicio de su profesión, para que así conste y surta los efectos
oportunos, y sirva para hacer efectiva mi colegiación.

Fdo. D./Dña.

REGISTRO DE CENTROS DE TRABAJO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLEGIADO	Nº COLEGIADO

DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO	
CALLE, Nº.:	
C.P.:	LOCALIDAD:

TELÉFONO	FAX	E-MAIL

ACTIVIDAD DE LOS COLEGIADOS	MARQUE CON X
EJERCIENTES	
NO EJERCIENTES	
DESEMPLEADOS	

SECTOR	MARQUE CON X	MODALIDAD	MARQUE CON X
SECTOR PÚBLICO		POR CUENTA AJENA	
SECTOR PRIVADO		CONSULTA PROPIA CONSULTA O CLÍNICA PROPIA	
		TRABAJO A DOMICILIO	

TIPO Y NOMBRE DEL CENTRO DE TRABAJO	
HOSPITALES:	
CLINICAS:	
RESIDENCIAS:	
GERIATRIA:	
MUTUAS:	
CLUB DEPORTIVOS:	
GIMNASIOS:	
CENTRO ESTÉTICA:	
DOCENCIA:	
OTROS, ESPECIFICAR:	

SI ES AUTÓNOMO Y TIENE CONSULTA INDIQUE EL NÚMERO DE AUTORIZACIÓN DEL CENTRO SANITARIO

SI ES AUTÓNOMO Y TIENE CONSULTA PROPIA INDIQUE SU ESPECIALIDAD:

Fdo. Colegiado/a:

Pamplona a.....de.....de