Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Araba/Álava
Arabako Sendagileen Elkargo Ofiziala

SOLICITUD DE REGISTRO DE SOCIEDADES PROFESIONALES

DENOMINACIÓN o RAZÓN SOCIAL……..…

DOMICILIO SOCIAL

Calle…….n.º…….piso……..

Localidad…….C.P. …….. Provincia……..

Email……. ……..Teléfono……..

Lugar y fecha de constitución…….

Notario autorizante……

Fecha de comunicación del Registro Mercantil……..... Duración de la sociedad……...

Actividad profesional que constituye el objeto social……..

SOCIOS/AS PROFESIONALES

Nombre…… Apellidos……..

Colegio al que pertenece…… n.° colegiado/a ……

Participación en el capital social…… Modificaciones……

…….

Nombre…… Apellidos……..

Colegio al que pertenece…… n.° colegiado/a ……

Participación en el capital social …… Modificaciones……

…….

Nombre…… Apellidos……..

Colegio al que pertenece…… n.° colegiado/a ……

Participación en el capital social …… Modificaciones……

…….

Nombre…… Apellidos……..

Colegio al que pertenece…… n.° colegiado/a ……

Participación en el capital social …… Modificaciones……

…….

Nombre…… Apellidos……..

Colegio al que pertenece…… n.° colegiado/a ……

Participación en el capital social …… Modificaciones……

…….

SOCIOS/AS NO PROFESIONALES

Nombre…… Apellidos……..

Colegio al que pertenece…… n.° colegiado/a ……

Participación en el capital social …… Modificaciones……

……

Nombre…… Apellidos……..

Colegio al que pertenece…… n.° colegiado/a ……

Participación en el capital social …… Modificaciones……

……

Nombre…… Apellidos……..

Colegio al que pertenece…… n.° colegiado/a ……

Participación en el capital social …… Modificaciones……

……

Nombre…… Apellidos……..

Colegio al que pertenece…… n.° colegiado/a ……

Participación en el capital social …… Modificaciones……

……

Nombre…… Apellidos……..

Colegio al que pertenece…… n.° colegiado/a ……

Participación en el capital social …… Modificaciones……

……

ADMINISTRACIÓN

Nombre…… Apellidos……

Socio/a profesional: Si □ No □

Modificaciones……...

.....

.....

.....

.....

Nombre…… Apellidos……

Socio/a profesional: Si □ No □

Modificaciones……...

.....

.....

.....

.....

Nombre…… Apellidos……

Socio/a profesional: Si □ No □

Modificaciones……...

.....

.....

.....

.....

.....

REPRESENTACIÓN DE LA SOCIEDAD

Nombre…… Apellidos……

Socio/a profesional: Si □ No □

Modificaciones……...
.....
.....
.....
.....

Nombre…… Apellidos……

Socio/a profesional: Si □ No □

Modificaciones……...
.....
.....
.....
.....

OTRAS MODIFICACIONES

• Contrato Social

.....
.....
.....
.....

• Causas de incapacidad o inhabilitación de los/as socios/as profesionales

.....
.....
.....

• Seguro de Responsabilidad civil profesional:

Compañía……

Cobertura contratada…….

• Datos económicos:

Entidad bancaria……

Dirección de la sucursal……

Nº de cuenta (20 dígitos)

Los datos personales facilitados y cualesquiera otros generados durante el desarrollo de la relación con Ud. serán tratados por el ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ARABA/ÁLAVA para mantener el contacto y la comunicación y gestionar y administrar las relaciones con los colegiados y/o solicitantes de colegiación. Dicho tratamiento se basa en la relación derivada de la condición/solicitud de colegiado, en el cumplimiento de las obligaciones impuestas por la Ley de Colegios Profesionales y en nuestro interés legítimo. En las actividades y eventos que organicemos, se podrán hacer fotografías y/o videos. Se comunicarán datos a terceros. No se realizan transferencias internacionales de datos Puede, cuando proceda, acceder, rectificar, suprimir, oponerse, pedir la portabilidad de los datos, limitar el tratamiento, y no ser objeto de decisiones sólo automatizadas, como se detalla en la información adicional y completa que puede ver en la política de privacidad de la página web www.icoma.eus

…… de …….. de ……..

Firma