



IM-0

A la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Ópticos-Optometristas de la Región de Murcia:

Nombre ..... Apellidos .....

Nº Colegiado/a ..... DNI/NIF/NIE .....

Dirección .....

Localidad ..... C.P. ....

Teléfono ..... E-Mail .....

**EXPONE:****DOCUMENTACIÓN QUE APORTA:****SOLICITA:**

En ....., a ... de ..... de .....

Firma

Registro de Entrada  
(Sello COORM y Firma del receptor)

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: COLEGIO DE ÓPTICOS-OPTOMETRISTAS DE LA REGIÓN DE MURCIA

Finalidad: Gestión del Colegio.

Legitimación: Interés legítimo del Responsable y consentimiento del interesado.

Destinatarios: Le informamos de que sus datos podrán ser comunicados al Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas o en su defecto al Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas, con la finalidad de gestionar correctamente el alta que nos solicita y como consecuencia de la gestión que deben realizar desde el Colegio Nacional de todos los colegiados, por obligación legal o para prestar un servicio necesario como se explica en la información adicional.

Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos expuesta en C/ MIGUEL VIVANCOS, 4 BJO. 1 C.P 30007 MURCIA y solicitar una copia para su conservación en la dirección arriba indicada.