



FULL D'INSCRIPCIÓ AL COIA

COGNOMS : _____

NOM : _____

DOMICILI : _____

POBLACIÓ: _____ **CODI POSTAL:** _____

TELF. PARTICULAR _____ **TELF. FEINA** _____

LLOC DE TREBALL: _____

E-MAIL: _____

ESTUDIS REALITZATS: _____

ALTRES ESTUDIS RELACIONATS AMB LA TEVA PROFESSION:

REGISTRE COL.LEGIAL

Nº COL.LEGIAT:

DATA D'EXPEDICIÓ:

DATA DE BAIXA I MOTIU:



ORDRE DE DOMICILIACIÓ

DE¹ _____ A: COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS
D'ANDORRA

NOM I COGNOMS: _____

ADREÇA: _____

POBLACIÓ: _____ CODI POSTAL: _____

_____, el ___ de _____ del 20__

Distingits senyors,

A fi de facilitar els tràmits de cobrament, els agriria/agrairiem que, fins a nou avís per escrit, tots els rebuts o efectes establerts per vostè/vostès, corresponents a QUOTES DEL COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS D'ANDORRA lliurats a nom meu/ nostre a nom de² _____ siguin presentats a l'Entitat Bancària _____ surcusal de _____ per tal d'ésser carregats en el meu/nostre nom compte núm. IBAN:

Us dono/donem les gràcies i aprofitem per saludar-vos molt atentament.

Signatura

¹ Titular (s) del rebut o efecte

² Omplir si el (s) titular (s) del rebut o efecte o el(s) titulars del compte són diferents



AUTORITZACIÓ DE PAGAMENT

DE (1) _____ A: BANC _____
ADREÇA: _____
POBLACIÓ: _____
CODI POSTAL: _____

_____, el _____ de _____ del 20__

Distingits Senyor,

Els prego/preguem disposar que, sense prèvia presentació, tots les rebuts o efectes a càrrec meu/nostre o lliurats a nom de (2) _____ corresponents a QUOTES DEL COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS D'ANDORRA i emesos pel COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS D'ANDORRA siguin carregats en el meu/nostre compte núm. IBAN:

Aquesta autorització estarà en vigor fins que rebin una notificació escrita de revocar-la.

Molt atentament.

Signatura del (s) titular (s) del compte

¹ Titular (s) del rebut o efecte

² Omplir si el (s) titular (s) del rebut o efecte o el(s) titulars del compte són diferents



ANNEXOS:

DOCUMENTACIÓ QUE CAL PRESENTAR:

(Segons l'article 9 dels estatut.: *Tràmits per a la col·legiació*)

Per poder-se col·legiar, s'ha de presentar una petició per escrit a la Junta de Govern del COIA, juntament amb la documentació següent:

1. Fotocòpia compulsada del títol de bàtxelor en infermeria o equivalent reconegut pel Govern d'Andorra en el cas dels/ de les infermers/eres, o bé del títol de bàtxelor especialista en obstetricoginecologia o equivalent reconegut pel Govern d'Andorra, en el cas dels/de les llevadors/ores.
2. Fotocòpia compulsada del títol de l'especialitat d'infermeria reconegut pel Govern d'Andorra.
3. Full d'inscripció (dades personals).
4. Fotocòpia de l'autorització del Govern per exercir la professió titulada al Principat d'Andorra
5. Acreditació de la inscripció al Registre de Professions Sanitàries (RPS).
6. Full de domiciliació bancària.
7. Fotocòpia del passaport o del document nacional d'identitat.
8. Foto de mida carnet.

QUOTES:

QUOTA ÚNICA D'INSCRIPCIÓ: 80 euros (efectiva a partir del 1/01/2015)

QUOTA SEMESTRAL (Variable s/IPC): 45 euros

Per a qualsevol dubte o aclariment es pot adreçar a la secretària del Col·legi:

Adreça: Carretera de l'Obac, Edifici Forestal 12-14, Escala A baixos, Andorra la Vella.

Telèfon: (00376) 809030 , Fax: (00376) 866630, Correu electrònic: cilla@andorra.ad

Horaris d'obertura al públic: de dilluns a divendres de 9h. a 14h



Clàusula informativa: En compliment del que disposa la Llei 15/2003 del 18 de desembre, qualificada de protecció de dades de personals, el Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers d'Andorra informa que les dades que ens facilitin seran incorporades al fitxer informatitzat de col·legiats, la titularitat i la responsabilitat del qual corresponen al Col·legi Oficial d'Infermeres i infermers d'Andorra, que prendrà les mesures necessàries per garantir-ne la seguretat i la confidencialitat. Per poder exercir els drets d'accés, rectificació, oposició i supressió es poden adreçar a la Secretaria del col·legi, Crta de l'Obac, edifici Forestal, Escala A, baixos. Andorra la Vella.

L'usuari dona el seu consentiment per què el Col·legi d'Infermeres i Llevadores d'Andorra pugui cedir aquestes dades als efectes de manteniment de la relació dels col·legiats i al cobrament de les quotes.

Lloc i data:

Signatura: