

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

AGRUPACIÓN DE ABOGADOS Y ABOGADAS JÓVENES DE OURENSE

1.- Apellidos y nombre: _____

2.- DNI: _____

3.- Fecha de nacimiento: _____

4.- N° de Colegiado: _____ Fecha de Colegiación: _____

5.- Dirección profesional:

Calle: _____ N° _____ Piso _____

Localidad: _____ Municipio: _____ C.P. _____

6.- Datos de contacto:

Teléfono: _____ Fax: _____ T. Móvil: _____

E-mail: _____

Por medio del presente escrito SOLICITO EL ALTA como miembro de la Agrupación de Abogados y Abogadas Jóvenes de Ourense.

En Ourense, a _____ de _____ de 20_____

* Una vez cumplimentado, esta solicitud puede entregarse en la Secretaría del Il. Colexio de Avogados de Ourense, o bien remitirse por correo electrónico a la dirección que figura al pie.

De conformidad con la Ley 15/199, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, sus datos se almacenan en un fichero automatizado, cuyo responsable es la AGRUPACIÓN DE ABOGADOS Y ABOGADAS JÓVENES DE OURENSE, con la finalidad de gestionar su actividad. Si lo desea puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, indicándolo a la dirección que consta en el pie de esta página.