



REGISTRO DE SOCIEDADES PROFESIONALES

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE SOCIEDADES PROFESIONALES DE ABOGADOS

1ª Inscripción **Subsiguientes**

DENOMINACIÓN: _____

CIF: _____

Dirección: _____

Población: _____ C.P.: _____

Provincia: _____

Teléfono1: _____ Teléfono2: _____

Fax: _____ Móvil: _____

Email: _____

Web: _____

Cuenta para el cobro de las cuotas:

| Entidad | Oficina | DC | Nº de Cuenta |
|---------|---------|----|--------------|
| □□□□ | □□□□ | □□ | □□□□□□□□□□ |

FECHA DE CONSTITUCIÓN: _____

NOTARIO AUTORIZANTE Y PROTOCOLO: _____

OBJETO SOCIAL: _____

FORMA SOCIETARIA: _____

FORMA DE ADMINISTRACIÓN: _____

DURACIÓN: _____ **CAPITAL SOCIAL:** _____

DATOS DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO MERCANTIL: _____

SOCIOS PROFESIONALES/NO PROFESIONALES/MIEMBROS ÓRGANOS ADMINISTRACIÓN:

Nombre y Apellidos: _____

NIF: _____

Dirección: _____

Participación/Derechos de Voto: _____

(Socios Profesionales)

Colegio Profesional de pertenencia: _____

Número de Colegiado: _____

(Miembros de los Órganos de Administración)

Profesión: _____

Condición de Socio: _____

Nombre y Apellidos: _____

NIF: _____

Dirección: _____

Participación/Derechos de Voto: _____

(Socios Profesionales)

Colegio Profesional de pertenencia: _____

Número de Colegiado: _____

(Miembros de los Órganos de Administración)

Profesión: _____

Condición de Socio: _____

Nombre y Apellidos: _____

NIF: _____

Dirección: _____

Participación/Derechos de Voto: _____

(Socios Profesionales)

Colegio Profesional de pertenencia: _____

Número de Colegiado: _____

(Miembros de los Órganos de Administración)

Profesión: _____

Condición de Socio: _____

Nombre y Apellidos: _____

NIF: _____

Dirección: _____

Participación/Derechos de Voto: _____

(Socios Profesionales)

Colegio Profesional de pertenencia: _____

Número de Colegiado: _____

(Miembros de los Órganos de Administración)

Profesión: _____

Condición de Socio: _____

Nombre y Apellidos: _____

NIF: _____

Dirección: _____

Participación/Derechos de Voto: _____

(Socios Profesionales)

Colegio Profesional de pertenencia: _____

Número de Colegiado: _____

(Miembros de los Órganos de Administración)

Profesión: _____

Condición de Socio: _____

Nombre y Apellidos: _____

NIF: _____

Dirección: _____

Participación/Derechos de Voto: _____

(Socios Profesionales)

Colegio Profesional de pertenencia: _____

Número de Colegiado: _____

(Miembros de los Órganos de Administración)

Profesión: _____

Condición de Socio: _____

Nombre y Apellidos: _____

NIF: _____

Dirección: _____

Participación/Derechos de Voto: _____

(Socios Profesionales)

Colegio Profesional de pertenencia: _____

Número de Colegiado: _____

(Miembros de los Órganos de Administración)

Profesión: _____

Condición de Socio: _____

- Cualquier modificación de los datos que constan en la presente solicitud habrá de ser comunicado al Colegio para la inscripción.
- Una vez la Junta de Gobierno examine la documentación aportada y resuelva sobre esta solicitud, lo comunicara a la Sociedad en su domicilio social.
- No se practicará ninguna inscripción sin el previo pago de la cuota correspondiente al Registro de Sociedades.

A Coruña, ____ de _____ de 20__.

Firma del representante legal o administrador:

REGISTRO DE SOCIEDADES PROFESIONALES

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LPD), le informamos que los datos de carácter personal que Vd. nos facilite serán incluidos en un fichero de tratamiento automatizado, titularidad del Ilustre Colegio Provincial de Abogados de A Coruña (ICACOR) denominado REGISTRO DE SOCIEDADES PROFESIONALES, creado por acuerdo de la Junta de Gobierno de 4-6-2008 (BOP 153 de 4-7-2008) por el que se crean ficheros de datos de carácter personal del ICACOR y donde se fija su estructura y finalidad, con código de inscripción en la AEPD 2082310196.

La finalidad de este fichero es el Registro y control de las Sociedades Profesionales que se constituyan en el ámbito de la Abogacía, que corresponda a su domicilio, a los efectos de su incorporación al mismo y de que el Colegio Profesional pueda ejercer sobre aquella las competencias que le otorga el ordenamiento jurídico sobre los profesionales colegiados según la Ley 2/2007 de Sociedades Profesionales, estando prevista la cesión de sus datos de carácter personal para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con las funciones legítimas del cedente y del cesionario.

La cumplimentación del presente formulario conlleva el consentimiento expreso para el tratamiento y cesión de sus datos conforme a los fines manifestados y detallados en el acuerdo de creación.

Los campos marcados con un asterisco deben figurar obligatoriamente en la ficha para la prestación del servicio.

Conforme a lo establecido en la LOP, Vd. puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición enviando una solicitud por escrito dirigida a: Il. Cole. Colegio Provincial de Abogados de A Coruña, Federico Tapia, 11 bajo, 15005 A Coruña.