

AGRUPACIÓN DE JÓVENES ABOGADOS DE
OURENSE

1.- Apellidos y Nombre:

2.- DNI:.....

3.- Edad:

4.- Fecha de colegiación:.....nº de colegiado.....

5.- Dirección profesional:

Calle..... nº..... piso.....

Localidad..... CP.-.....

6.- Datos de contacto:

Telf. GRUPACIÓN Fax

Móvil..... e-mail.....

BOGADOS Y ABOGADAS

Por medio del presente solicito el alta como miembro de la Agrupación de Jóvenes Abogados de Ourense.

JÓVENES DE OURENSE

En Ourense a de de 20.....

* Una vez cubierto entregar en el Colegio de Abogados, o bien remitir a la dirección de correo electrónico que figura en el pie.

De conformidad con la Ley 15/1999, 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 JÓVENES DE OURENSE, con la finalidad de gestionar su actividad. Si lo desea puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, indicándolo por escrito a la dirección, que consta en el pie.