

Ilmo. Sr. Decano: El/Los colegiados que suscribe/n comunica/n haber recibido el siguiente encargo profesional, solicitando se tenga por finalizada la presente comunicación para su registro y/o admisión a visado del trabajo profesional correspondiente.

Nº Expediente

LOS RECUADROS SOMBRADOS, A RELLENAR POR EL COACM

Nº Registro

PARTES DEL ENCARGO

PÁG. 1/3

CLIENTE

A) PERSONA FÍSICA	Don/Doña			NIF/Pasaporte
	Domicilio			C.P.
	Localidad	Provincia	País	

B) PERSONA JURÍDICA	En representación de la sociedad (* Tipo: S.L.; Cooperativa; S.A.; etc.)		Tipo*	
	Nombre			CIF
	Domicilio			C.P.
	Localidad	Provincia	País	

TITULARES Y/O REDACTORES DEL PROYECTO

A. PERSONA FÍSICA	ARQUITECTO 1	Don/Doña			NIF/Pasaporte
		Domicilio			C.P.
		Localidad	Provincia	País	
		Colegiado / Habilitado en el COACM	Nº	Porcentaje de participación en el total encargado	
	ARQUITECTO 2	Don/Doña			NIF/Pasaporte
		Domicilio			C.P.
		Localidad	Provincia	País	
		Colegiado / Habilitado en el COACM	Nº	Porcentaje de participación en el total encargado	
	ARQUITECTO 3	Don/Doña			NIF/Pasaporte
		Domicilio			C.P.
		Localidad	Provincia	País	
		Colegiado / Habilitado en el COACM	Nº	Porcentaje de participación en el total encargado	

B. SOCIEDAD PROFESIONAL	SOCIEDAD TITULAR DEL PROYECTO	Nombre	S.P.			CIF
		Domicilio			C.P.	
		Localidad	Provincia	País		
		Colegiada / Habilitada en el COACM	Nº	Representante legal de la sociedad:		
		Don/Doña			NIF/Pasaporte	
	ARQUITECTO 1	Don/Doña			NIF/Pasaporte	
		Domicilio			C.P.	
		Localidad	Provincia	País		
		Colegiado / Habilitado en el COACM	Nº	Porcentaje de participación en el total encargado		
		ARQUITECTO 2	Don/Doña			NIF/Pasaporte
			Domicilio			C.P.
			Localidad	Provincia	País	
			Colegiado / Habilitado en el COACM	Nº	Porcentaje de participación en el total encargado	
		ARQUITECTO 3	Don/Doña			NIF/Pasaporte
Domicilio			C.P.			
Localidad	Provincia		País			
Colegiado / Habilitado en el COACM	Nº		Porcentaje de participación en el total encargado			

OTRO/S TÉCNICO/S COAUTOR/ES COMPETENTE/S

C. OTROS	TÉCNICOS	Coautor 1	Titulación	Participación	%
		Coautor 2	Titulación	Participación	%
		Coautor 3	Titulación	Participación	%

Nº Expediente

LOS RECUADROS SOMBRADOS, A RELLENAR POR EL COACM

Nº Registro

OBJETO DEL ENCARGO

PÁG. 2/3

DESCRIPCIÓN GENERAL

Clase de trabajo	
Nº catastral finca	
Emplazamiento	
Localidad	C.P. Provincia
Otras especificaciones	

CUMPLIMIENTO DEL R.D. 1000/2010 SOBRE EL VISADO COLEGIAL OBLIGATORIO

El/los arquitecto/s:
A) <input type="checkbox"/> Solicita/n el VISADO OBLIGATORIO en el COACM de los trabajos objeto de este encargo.
B) <input type="checkbox"/> Declara/n responsablemente que ha/n recabado el consentimiento del cliente para el VISADO VOLUNTARIO en el COACM de los trabajos objeto de este encargo.
C) <input type="checkbox"/> Solicita/n el REGISTRO en el COACM de los trabajos objeto de este encargo.

GESTIÓN DE COBRO DE HONORARIOS

EL TITULAR DEL ENCARGO delega la gestión de cobro de honorarios en el Colegio a tenor de lo establecido en el art. 5 apdo. p) de la Ley de Colegios Profesionales:
D) <input type="checkbox"/> SI
E) <input type="checkbox"/> NO

OBSERVACIONES

--

El Arquitecto / Los Arquitectos	En	a	de	de 20
---------------------------------	----	---	----	-------

FIRMA ARQUITECTO 1	
--------------------	--

FIRMA ARQUITECTO 2	
--------------------	--

FIRMA ARQUITECTO 3	
--------------------	--

En cumplimiento de la legislación aplicable de protección de datos personales, le informamos que los datos de carácter personal que nos facilite como consecuencia de su relación con el **COACM**, así como otros que se obtengan en desarrollo de ésta, formarán parte del fichero titularidad del **COACM**. En caso de domiciliación de pagos, le informamos que para la gestión y realización de sus cobros, sus datos serán facilitados a la entidad bancaria correspondiente. En el caso de que nos haya facilitado, o nos facilite en el futuro, datos de terceras personas, deberá previamente, bajo su responsabilidad, haber solicitado el consentimiento para ello e informarles de todo lo contenido en esta carta. Asimismo le informamos que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición en cualquier momento, comunicándonoslo por correo postal al **COACM** (c/ Hospedería de San Bernardo 1, 45002 Toledo), o en la dirección de e-mail: (coacm@arquinox.es)

