

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 admisión a visado del trabajo profesional correspondiente.

Nº Expediente

LOS RECUADROS SOMBRADOS, A RELLENAR POR EL COACM

Nº Registro

PARTES DEL ENCARGO

PÁG. 1/2

COPIA PARA EL ARQUITECTO

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	

A. PERSONA FÍSICA	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	

A. PERSONA FÍSICA	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	

B. SOCIEDAD PROFESIONAL	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	

B. SOCIEDAD PROFESIONAL	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	

B. SOCIEDAD PROFESIONAL	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	%

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

El cliente solicita el visado en el COACM de los trabajos siguientes objeto de este encargo:

Nº Expediente

LOS RECUADROS SOMBRADOS, A RELLENAR POR EL COACM

Nº Registro

OBJETO DEL ENCARGO

PÁG. 2/2

COPIA PARA EL ARQUITECTO

DESCRIPCIÓN GENERAL

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

FASES ENCARGADAS EN MATERIA DE OBRA

<input type="checkbox"/>	MISIÓN COMPLETA: PROYECTO Y DIRECCIÓN
<input type="checkbox"/>	MISIÓN PARCIAL: SÓLO LAS FASES SIGUIENTES
A) <input type="checkbox"/>	Estudios previos
B) <input type="checkbox"/>	Anteproyecto
C) <input type="checkbox"/>	Proyecto Básico
D) <input type="checkbox"/>	Proyecto de Ejecución
E) <input type="checkbox"/>	Dirección de Obras
Porcentaje a realizar sobre el total de la obra	

FASES ENCARGADAS EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD

F) <input type="checkbox"/>	Estudio Básico o Estudio de Seguridad y Salud
G) <input type="checkbox"/>	Coordinación de Seguridad y Salud durante la ejecución de las obras

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:	
H) <input type="checkbox"/>	SI
I) <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)

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 admisión a visado del trabajo profesional correspondiente.

Nº Expediente

LOS RECUADROS SOMBRADOS, A RELLENAR POR EL COACM

Nº Registro

PARTES DEL ENCARGO

PÁG. 1/2

COPIA PARA EL COLEGIO

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	%

A. PERSONA FÍSICA	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	%

A. PERSONA FÍSICA	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	

B. SOCIEDAD PROFESIONAL	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	%

B. SOCIEDAD PROFESIONAL	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	%

B. SOCIEDAD PROFESIONAL	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	%

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

El cliente solicita el visado en el COACM de los trabajos siguientes objeto de este encargo:

Nº Expediente

LOS RECUADROS SOMBRADOS, A RELLENAR POR EL COACM

Nº Registro

OBJETO DEL ENCARGO

PÁG. 2/2

COPIA PARA EL COLEGIO

DESCRIPCIÓN GENERAL

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

FASES ENCARGADAS EN MATERIA DE OBRA

<input type="checkbox"/> MISIÓN COMPLETA: PROYECTO Y DIRECCIÓN
<input type="checkbox"/> MISIÓN PARCIAL: SÓLO LAS FASES SIGUIENTES
A) <input type="checkbox"/> Estudios previos
B) <input type="checkbox"/> Anteproyecto
C) <input type="checkbox"/> Proyecto Básico
D) <input type="checkbox"/> Proyecto de Ejecución
E) <input type="checkbox"/> Dirección de Obras
Porcentaje a realizar sobre el total de la obra

FASES ENCARGADAS EN MATERIA DE SEGURIDAD Y SALUD

F) <input type="checkbox"/> Estudio Básico o Estudio de Seguridad y Salud
G) <input type="checkbox"/> Coordinación de Seguridad y Salud durante la ejecución de las obras

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:
H) <input type="checkbox"/> SI
I) <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, comunicándonos por correo postal al **COACM** (c/ Hospedería de San Bernardo 1, 45002 Toledo), o en la dirección de e-mail: (coacm@arquinox.es)