

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)

Nº Expediente

LOS RECUADROS SOMBRADOS, A RELLENAR POR EL COACM

Nº Registro

ANEXO DATOS DE LA EDIFICACIÓN

PÁG. 3/3

DATOS ESTADÍSTICOS Y PRECIO DEL VISADO	Número de Viviendas		Libres	Protección Pública			
	Presupuesto de Ejecución Material				€		
	Tipo de Edificación		Superficie m ²	Cv	Ca	=	Subtotal
			X		X	=	
			X		X	=	
			X		X	=	
			X		X	=	
			X		X	=	
			X		X	=	
Total Superficie m ²			Precio de visado €				

Datos no Obligatorios

OBSERVACIONES	
---------------	--

Cv = cuota de visado según tabla 1.1 de los precios de visado de trabajos profesionales del COACM 2011
Ca = coeficiente de actualización = 1 para 2011