



Gran Capitán, 18-2.º - 2  
14001 - CORDOBA

Don .....

natural de ..... con domicilio en .....  
calle ..... n.º ..... con D.N.I. n.º .....  
Teléfono ..... Farmacéutico con título registrado con el  
Colegio de ..... con el n.º ..... al folio .....

A V. S. respetuosamente expone: Que deseando colegiarse en esa  
corporación de su digna presidencia, en concepto de (a) .....  
..... acompañando los siguientes documentos:

- 1.º Título (b).
- 2.º Baja del Colegio de donde procede (c).
- 3.º Ficha de colegiado (d)
- 4.º ..... (e).
- 5.º .....

En su consecuencia,

SUPLICA A V. S. que previos los trámites preceptivos y la oportuna  
información, se sirva darle de alta en el Colegio de su presidencia,  
cuyos Estatutos conoce y acepta.

Dios guarde a V. S. muchos años.

Córdoba a        de        de 20

El Farmacéutico,

Admitido en Junta de        /        /

.....  
El Secretario,

P. D.

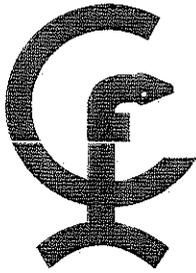
De acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD.15/1999); el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba, como Responsable del Tratamiento y con dirección en: Avda. El Brillante, 31, 14012-Córdoba, informa que los datos personales aquí reseñados serán incorporados a un fichero con la finalidad del mantenimiento de la relación contractual entre las partes.

El interesado es el único responsable de la veracidad y corrección de los datos incluidos, exonerándose al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba de cualquier responsabilidad al respecto. Los interesados garantizan y responden, en cualquier caso, de la exactitud, vigencia y autenticidad de los datos personales facilitados y se comprometen a mantenerlos actualizados. El interesado acepta proporcionar información completa y correcta en la solicitud. El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba no responde de la veracidad de las informaciones que no sean de elaboración propia y de las que indique otra fuente, por lo que tampoco asume responsabilidad alguna en cuanto a hipotéticos perjuicios que pudieran originarse por el uso de dicha información. Se exonera al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba de responsabilidad ante cualquier daño o perjuicio que pudiera sufrir el interesado como consecuencia de errores, defectos y omisiones en la información facilitada por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba siempre que proceda de fuentes ajenas al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba.

El interesado gozará en todo momento de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición garantizados por la Legislación vigente, dirigiéndose a la dirección arriba indicada. Así mismo con la firma del presente documento, se autoriza al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba a la cesión de los datos suministrados a otras empresas o entidades con el único objetivo de dar cumplimiento a los servicios contratados o acordados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba.

**ILTMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE CORDOBA**

- (a) Expresese si es con Farmacia abierta, Regente, Adjunto, Analista, Director técnico, Director de laboratorio, Sin ejercicio, etc.
- (b) Caso de no tener título acompañese Orden Supletoria.
- (c) Si no ha pertenecido a ningún Colegio, declaración jurada haciéndolo constar así.
- (d) Se facilita en Secretaria y ha de acompañarse debidamente cumplimentada.
- (e) Declaración jurada, si procede.



<input type="text"/>	Nombre .....	Fecha Nacimiento .....
	Apellidos .....	D.N.I. / N.I.F. ....
	Teléfono .....	Móvil .....
	Población .....	Provincia .....
	Dirección .....	C. Postal .....
Email .....		

Nº Colegiado ..... Fecha Titulación ..... Nº Farmacia .....

% Propiedad .....

Estado ..... Prácticas Tuteladas .....

Vocalía Oficial Farmacia ..... Vocalía Hospital ..... Vocalía Invest. y Doc. ....

Vocalía Dermofarmacia ..... Vocalía Distribución ..... Vocalía Óptica .....

Vocalía Alimentación ..... Vocalía Análisis ..... Vocalía Palntas Med. ....

Vocalía Industria ..... Vocalía Adm. Públicas .....

Vocalía Industria ..... Vocalía Adj. Sust. Reg. ....

**Ejercicio Profesional**

Adjunto ..... Distribución ..... Ortopedia .....

Adm. Pública ..... Docencia ..... Titular .....

Alimentación ..... F. Armadas ..... Otras Act. ....

Analista ..... Industria ..... Regente .....

Copropietario ..... Hospital ..... Sustituto .....

Dermofarmacia ..... Óptico .....

Otros Títulos y Cursos:  
.....  
.....  
.....

Firma:



**Colegio Oficial  
de Farmacéuticos  
de Córdoba**

Con esta fecha autorizo la domiciliación de los recibos que presente el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba, en la cuenta que a continuación detallo:

BANCO \_\_\_\_\_

ENTIDAD \_\_\_\_\_ SUCURSAL \_\_\_\_\_ DC \_\_\_\_\_

Nº DE CUENTA \_\_\_\_\_

DOMICILIO DEL BANCO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Córdoba \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.0 \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

De acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD.15/1999); el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba, como Responsable del Tratamiento y con dirección en: Avda. El Brillante, 31, 14012-Córdoba, informa que los datos personales aquí reseñados serán incorporados a un fichero con la finalidad del mantenimiento de la relación contractual entre las partes.

El interesado es el único responsable de la veracidad y corrección de los datos incluidos, exonerándose al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba de cualquier responsabilidad al respecto. Los interesados garantizan y responden, en cualquier caso, de la exactitud, vigencia y autenticidad de los datos personales facilitados y se comprometen a mantenerlos actualizados. El interesado acepta proporcionar información completa y correcta en la solicitud. El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba no responde de la veracidad de las informaciones que no sean de elaboración propia y de las que indique otra fuente, por lo que tampoco asume responsabilidad alguna en cuanto a hipotéticos perjuicios que pudieran originarse por el uso de dicha información. Se exonera al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba de responsabilidad ante cualquier daño o perjuicio que pudiera sufrir el interesado como consecuencia de errores, defectos y omisiones en la información facilitada por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba siempre que proceda de fuentes ajenas al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba.

El interesado gozará en todo momento de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición garantizados por la Legislación vigente, dirigiéndose a la dirección arriba indicada. Así mismo con la firma del presente documento, se autoriza al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba a la cesión de los datos suministrados a otras empresas o entidades con el único objetivo de dar cumplimiento a los servicios contratados o acordados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba.



# FICHA COLEGIAL

## Base de Datos de Colegiados Farmacéuticos

**Nota:** antes de cumplimentar los datos que figuran en este impreso, lea detenidamente las instrucciones al dorso

### DATOS DE COLEGIACIÓN

Colegio Oficial de Farmacéuticos de \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Alta  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Baja 1  2  3  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Modificación 4  5  6  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº de colegiado \_\_\_\_\_ Nº de Oficina de Farmacia (antiguo S.O.E.) \_\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES/PROFESIONALES (\*)

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI o NIF: \_\_\_\_\_

(1) Tipo de vía: \_\_\_\_\_ Nombre de vía: \_\_\_\_\_ Núm: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Prta: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_

(\*\*) Teléfono: \_\_\_\_\_ (\*\*\*) Fax: \_\_\_\_\_ (\*\*\*) C. electrónico: \_\_\_\_\_

(\*\*) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha expedición título: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(\*\*) Sexo: Hombre  Mujer

(\*) Los envíos postales y demás comunicaciones se remitirán a la dirección aquí indicada  
(\*\*) Estos datos no tienen carácter obligatorio

### MODALIDADES/ES DE EJERCICIO PROFESIONAL EN LA ACTUALIDAD (Señalar todas las que se ejerzan)

<input type="checkbox"/> 1) Oficina de Farmacia: titular único	<input type="checkbox"/> 12) Establecimientos dispensadores de medicamentos de uso animal
<input type="checkbox"/> 2) Oficina de Farmacia: copropiedad	<input type="checkbox"/> 13) Alimentación
<input type="checkbox"/> 3) Adjunto	<input type="checkbox"/> 14) Industria
<input type="checkbox"/> 4) Sustituto	<input type="checkbox"/> 15) Distribución
<input type="checkbox"/> 5) Regente	<input type="checkbox"/> 16) Investigación y Docencia
<input type="checkbox"/> 6) I.F. Municipal y/o, en su caso, al servicio de las Administraciones Públicas	<input type="checkbox"/> 17) Fuerzas Armadas
<input type="checkbox"/> 7) Análisis Clínicos	<input type="checkbox"/> 18) Otras actividades
<input type="checkbox"/> 8) Farmacia Hospitalaria	<input type="checkbox"/> 19) Jubilados
<input type="checkbox"/> 9) Óptica Oftálmica, Optometría y Acústica Audiométrica	<input type="checkbox"/> 20) Parados
<input type="checkbox"/> 10) Dermofarmacia	<input type="checkbox"/> 21) Otras causas
<input type="checkbox"/> 11) Ortopedia	

} Sin ejercicio

### COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS A LOS QUE HA PERTENECIDO ANTERIORMENTE

Colegio Oficial de Farmacéuticos \_\_\_\_\_ desde mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ hasta mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Colegio Oficial de Farmacéuticos \_\_\_\_\_ desde mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ hasta mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Colegio Oficial de Farmacéuticos \_\_\_\_\_ desde mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ hasta mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del Colegiado

Sello del Colegio

Los datos contenidos en la presente ficha se incorporarán a un fichero automatizado creado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos a los fines propios del mismo, como el envío de la revista "Farmacéuticos", difusión sobre publicaciones propias, congresos y cursos. Los datos se encuentran sometidos a lo dispuesto en la Ley orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en particular a lo dispuesto en sus arts. 3.º y 28.º, reguladores de datos incluidos en las fuentes de acceso público.

En caso de no autorizar la cesión de los presentes datos a empresas e instituciones relacionadas con el sector farmacéutico, tales como laboratorios de especialidades farmacéuticas y para-farmacia, entidades de distribución, editoriales, empresas de informática, organizadores de congresos, entidades financieras y aseguradoras, proveedores de Internet y operadores de telecomunicaciones, y en general, aquellas que ofrezcan información relacionada con la actividad profesional, rogamos se dirijan en este sentido a este Consejo General en un plazo de diez días.



**Colegio Oficial  
de Farmacéuticos  
de Córdoba**

Habiendo sido informado /a de la existencia del Socorro voluntario de fallecimiento, asociado a la colegiación obligatoria, establecido por este Colegio, comunico mi deseo expreso de pertenecer al mismo, siendo consciente de que el impago de las cuotas correspondientes al mismo supone la exclusión de dicho Socorro, sin tener que reclamar nada al respecto.

Córdoba.....a.....de .....

Fdo.:.....



**Colegio Oficial  
de Farmacéuticos  
de Córdoba**

Habiendo sido informado/a de la existencia del Socorro voluntario de fallecimiento, asociado a la colegiación obligatoria, establecido por este Colegio, comunico mi deseo expreso de no pertenecer al mismo, renunciando al derecho que ello conlleva, siendo consciente de que esta decisión tiene carácter irrevocable.

Córdoba.....a.....de .....

Fdo.:.....

Colegiado/a nº.....