



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.

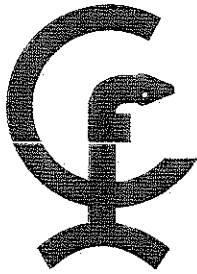
De acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD.15/1999); el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba, como Responsable del Tratamiento y con dirección en: Avda. El Brillante, 31, 14012-Córdoba, informa que los datos personales aquí reseñados serán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

Dando conformidad al artículo 11 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal,

D. /D^a: **autoriza al**
Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba a realizar las gestiones pertinentes a través de la plataforma de Consulta Global de Titulos Universitarios respecto a la verificación de su título.

En Córdoba a de de 201

Firma:



Habiendo sido informado/a de lo establecido en los Estatutos de la Fundación Colegio Farmacéutico de Córdoba en su Art. 8 apartado f, en relación a la concesión de ayudas asistenciales de la misma, comunico mi deseo expreso de no realizar aportaciones a la causa, renunciando al derecho que ello pueda conllevar.

Córdoba.....a.....de.....

Fdo.:.....

Colegiado/a nº.....



Habiendo sido informado/a de lo establecido en los Estatutos de la Fundación Colegio Farmacéutico de Córdoba en su Art. 8 apartado f, en relación a la concesión de ayudas asistenciales de la misma, comunico mi deseo expreso de realizar aportaciones a la causa.

Córdoba.....a.....de

Fdo.:.....