



Avda. del Brillante, 31.- 14012-Córdoba.- Tlf.: 957 29 95 55
www.cofco.org; colegio7@cofco.org

D/D^a,
mayor de edad, farmacéutico/a, con D.N.I., y domicilio
en
c/ nº en el
municipio, provincia de
C.P.

EXPONE:

Que deseando colegiarse en esa corporación, en concepto de (a).....
.....acompaña, para ello, la documentación pertinente.

SOLICITA:

Que teniendo por presentado este escrito, previos los trámites preceptivos y la oportuna información, se autorice su incorporación al Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba.

Córdoba, a de de 20.....

Fdo:

De conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente en materia de protección de datos personales, desde Colegio de Farmacéuticos de Córdoba se le informa que sus datos serán tratados con la finalidad de Gestión de la solicitud de colegiación, mantenimiento del censo de colegiados, control del ejercicio profesional y envío de comunicaciones del sector, quedando almacenados durante el tiempo que se mantenga la relación contractual o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales estipuladas. Así mismo, se le informa que sus datos personales no serán cedidos a terceros, salvo que se disponga en una obligación legal.

En todo caso, podrá ejercer en cualquier momento, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición, los cuales podrá ejercer dirigiéndose a la siguiente dirección: Av. Brillante 31, 14012 Córdoba

Documentación necesaria que debe adjuntarse:

- . El presente escrito cumplimentado y firmado por el farmacéutico/a
- . Ficha colegial con datos del farmacéutico/a
- . Fotocopia D.N.I
- . Documento acreditativo de estar en posesión del título de Licenciado/a o Graduado/a en Farmacia
- . Una fotografía reciente tamaño carnet
- . Autorización para consulta de título
- . Baja colegial si ha estado colegiado en otro colegio.
- . Datos bancarios para domiciliación de cuotas colegiales
- . Documento de aceptación o no, de la Ayuda Asistencial Fundación "Colegio Farmacéutico de Córdoba"

ILMO. SR. PRESIDENTE COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE CÓDOBA

- (a) Indíquese si es como Farmacéutico Titular, Regente, Adjunto, Sustituto, Laboratorio Clínico, Administraciones Públicas Director Técnico de Distribución, de Industria, Farmacia Hospitalaria, Sin Ejercicio, etc.



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 Plantas 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:



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 _____

IBAN _____ ENTIDAD _____ SUCURSAL _____ DC _____

Nº DE CUENTA _____

DOMICILIO DEL BANCO _____

LOCALIDAD _____ C.P. _____

Córdoba _____ de _____ de 2.0 _____

Fdo.: _____

De conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente en materia de protección de datos personales, desde Colegio de Farmacéuticos de Córdoba se le informa que sus datos serán tratados con la finalidad de Gestión de la solicitud de colegiación, mantenimiento del censo de colegiados, control del ejercicio profesional y envío de comunicaciones del sector, quedando almacenados durante el tiempo que se mantenga la relación contractual o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales estipuladas. Así mismo, se le informa que sus datos personales no serán cedidos a terceros, salvo que se disponga en una obligación legal.

En todo caso, podrá ejercer en cualquier momento, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición, los cuales podrá ejercer dirigiéndose a la siguiente dirección: Av. Brillante 31, 14012 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 20

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.:.....