

ILMO. SR.

D./D^a _____ Farmacéutico/a,
con D.N.I. nº _____ y con domicilio en
_____ calle _____
nº _____ teléfono nº _____ comparece y

EXPONE:

Que desea pertenecer al Colegio de su digna Presidencia en la modalidad de COLEGIADO EJERCIENTE, es por lo que,

SOLICITA:

Que previos trámites reglamentarios y a la vista de la documentación que se acompaña, se sirva acordar Colegiación en la modalidad indicada.

Castellón a _____ de _____ de

FIRMA:

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE CASTELLON

Los datos contenidos en la presente ficha se incorporarán a .un fichero automatizado creado por el Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Castellón a los fines propios del mismo. 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.j y 28, 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 Conselleria de Sanidad, laboratorios de especialidades farmacéuticas y parafarmacia, entidades de distribución, editoriales, empresas de informática, organizadores de congresos, entidades financieras y aseguradoras, proveedores de Internet y operadores de tele-comunicaciones, y en general, aquellas que ofrezcan información relacionada con la actividad profesional, rogamos se dirijan en este sentido a este Colegio en un plazo de diez días.

Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Castelló C/Ebanista Hervás, 51- Teléfono 964 23 64 70 - 12004 Castellón - Fax: 964 223194 - C. electrónico: cofcastellon@cofcastellon.org