

FORMULARIO DE SOLICITUD

D./DÑA.:

DNI / NIE:

con domicilio en .

Localidad

C.P.:

Teléfono:

Móvil:

Correo Electrónico:

SOLICITA QUE:

En , a de 20

Firma

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, de 13 de diciembre (LOPD) y disposiciones de desarrollo, le informamos que los datos facilitados por Vd. serán incluidos en un fichero de responsabilidad de este Colegio Oficial de Farmacéuticos de Soria, con la finalidad de cumplir y mantener la relación entre usted y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Soria para lo que requerimos su consentimiento. La información solicitada es facultativa, si bien, de no facilitarla no se le podrá prestar el servicio solicitado. Le informamos que su consentimiento es revocable y podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y, en su caso, cancelación de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/99, de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y disposiciones de desarrollo, dirigiéndose por escrito a este Colegio Oficial de Farmacéuticos de Soria, Calle San Juan de Rabanera, 4 local, 42002 Soria.

**Sr. Presidente del COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE SORIA.
Calle San Juan de Rabanera, 4. 42002 SORIA.**