



**COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS
DE
SORIA**



FICHA COLEGIAL

Nº Registro

Nº Colegiado

DATOS DE COLEGIACIÓN

Fecha de solicitud:

Alta Solicitado en la fecha
Baja
Doble colegiación . Colegiado en el Colegio de como 1ª 2ª colegiación.
Modificación de datos (Rellenar sólo los datos a modificar)
Reingreso

DATOS PERSONALES

Nombre: Apellidos: NIF:
Domicilio:
Ciudad: Provincia: Código Postal:
Teléfono: Teléfono Móvil: *Fax:
Correo electrónico:
**Fecha de nacimiento: *Sexo: M F Nacionalidad:
Lugar y fecha de expedición del título:
Doctorado:
Especialidad:
*Otras Titulaciones:
*Otros datos:

DATOS PROFESIONALES

***Modalidad de ejercicio solicitada:
Empresa/empleador:
Duración del contrato: Desde Hasta
Dirección:
Ciudad: Provincia: Código Postal:
Teléfono: Teléfono Móvil: *Fax:
Correo electrónico:
*Otro datos:

DATOS BANCARIOS

Nº de cuenta bancaria (20 dígitos):
Titular / Pagador:

OTROS DATOS

Deseo recibir las circulares y comunicaciones profesionales elaboradas por el Colegio sólo a través del correo electrónico indicado en este formulario, renunciando al envío por vía postal. En caso de desear también el envío postal marcar la casilla

Deseo recibir los mensajes de texto de alertas farmacéuticas emitidas por el Colegio al número de móvil indicado en este formulario. En caso contrario marcar la casilla

Solicito me sea enviada toda la documentación relativa a la parte específica de Oficina de Farmacia, siendo mi modalidad de ejercicio:

DATOS DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Seguro básico (incluido en la cuota)

Ampliación del seguro (con abono anual extra de 12,91 €)

Renuncia al seguro por disponer de él y se adjunta copia.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ENTREGA

Título de Licenciado en Farmacia

Resguardo de petición del título

Otros Títulos (especificar):

Contrato de trabajo

Alta en autónomos

Baja en otro colegio

Nombramiento

Certificado de colegiación en otro Colegio (doble colegiación)

Otros (especificar):

El peticionario **MANIFIESTA** que los datos entregados son verdaderos y se compromete a mantener informado al Colegio de todos los cambios que se produzcan, disponiendo para ello de un plazo de 15 días naturales a contar de la fecha en que se haya producido el mismo. Toda comunicación posterior a esa fecha tendrá efecto desde el día de la comunicación a efectos de certificaciones de ejercicio. Asimismo **MANIFIESTA** carecer de antecedentes que le inhabiliten para el ejercicio profesional.

El abajo firmante, cuyos datos constan en este formulario, **SOLICITA**, de acuerdo con lo especificado al inicio de este documento(el Alta, la Baja, la doble colegiación, la modificación de datos o el reingreso) en el C.O.F de, adjuntando para ello la documentación requerida por el Colegio y manifiesta que ha leído, entendido y aceptado la cláusula de protección de datos, impresa al final de esta ficha de colegiación.

Asimismo, el solicitante **AUTORIZA** a través de este escrito, a que se le giren, en su caso, las cuotas colegiales en la cuenta designada a tal efecto en el apartado de datos bancarios de este documento. En caso de no ser titular de la cuenta se aporta autorización del pagador.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo. Nombre y apellidos

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (L.O. 15/1999) le informamos que los datos que nos proporciona pasarán a formar parte de ficheros titularidad del **Colegio Oficial de Farmacéuticos de Soria** cuya finalidad exclusiva es el cumplimiento de los fines colegiales descritos en las leyes, estatal y autonómica, de Colegios Profesionales y especialmente en los Estatutos de la Corporación, entre otros, ostentar la representación de la profesión y de los colegiados en toda clase de procesos y procedimientos que afecten a los intereses profesionales de cualquier colegiado; velar por los derechos de los particulares; ejercer la potestad sancionadora y la gestión de los intereses privados de sus miembros.

Para satisfacer esta finalidad, solicitamos su consentimiento para tratar sus datos y para cederlos a aquellas entidades privadas con las que el Colegio llegue a acuerdos o convenios beneficiosos para el colegiado. Así mismo, consiente explícitamente a la cesión de los datos facilitados a terceros (SACYL, CONGRAL y CONCYL), únicamente con fines de gestión administrativa, financiera, sanitaria y estadística, a la empresa de seguros A.M.A. para la suscripción de la póliza de responsabilidad civil de la que es tomador el COF Soria, y a la Administración de Justicia con fines periciales.

El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, expresamente reconocidos en la citada L.O. 15/1999, mediante escrito, acompañado de fotocopia de NIF, dirigido al **Colegio Oficial de Farmacéuticos de Soria, calle San Juan de Rabanera, 4 - 42002 Soria** o a través de los formularios que se encuentran a su disposición en la dirección anteriormente citada.