

SOLICITUD DE ADHESIÓN A PORTALFARMA

D/D^a
Farmacéutico/a colegiado/a en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de
..... con nº de colegiado

ESTÁ INTERESADO EN ADSCRIBIRSE A PORTALFARMA

NO ESTÁ INTERESADO EN ADSCRIBIRSE A PORTALFARMA

A CUMPLIMENTAR SÓLO POR LOS QUE ESTÉN INTERESADOS EN LA ADHESIÓN:

D/D^a Farmacéutico/a
colegiado/a en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de, solicita, por
medio del presente escrito adscribirse como usuario al portal PORTALFARMA.COM.
A tal efecto facilita seguidamente los datos personales siguientes:

NOMBRE:

PRIMER APELLIDO:

SEGUNDO APELLIDO:

Indicar calle, plaza, avenida u otros.....

Nº PISO PUERTA

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

DNI.

Nº DE COLEGIADO

MODALIDAD DE EJERCICIO PROFESIONAL

De los anteriores datos, el abajo firmante autoriza su uso al Colegio Oficial de Farmacéuticos, al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y a BANESTO (a este último a excepción del DNI), como proveedor tecnológico.

Dichos datos serán incluidos en ficheros independientes creados a tal efecto por el Colegio Oficial de Farmacéuticos, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el proveedor tecnológico Banesto. Los citados datos están sometidos a la Ley 15/99 de 13 de diciembre de protección de datos de Carácter Personal, en especial a los derechos de acceso, rectificación y cancelación, para lo que deberá ponerse en contacto con el Colegio Oficial de Farmacéuticos.

Fecha

Firma del interesado

