

SOLICITUD

INSCRIPCIÓN CURSO

FECHA: _____

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:	<input type="text"/>
Nº COLEGIADO/PRECOLEGIADO:	<input type="text"/>
Nº DE FARMACIA:	<input type="text"/>
DNI:	<input type="text"/>
TELÉFONO:	<input type="text"/>
EMAIL:	<input type="text"/>

SOLICITA:

Ser inscrito/a en el curso/taller/jornada _____

FORMA DE PAGO: *

COLEGIADO:

CTA. FARMACIA

CTA. COLEGIADO

PRECOLEGIADO / NO COLEGIADO:

Número de cuenta: ES1300494609062516636160

Adjuntar el comprobante del ingreso junto con la hoja de inscripción

CTA. FARMACIA
FIRMA/SELLO:**

CTA. SOLICITANTE
FIRMA:

* Imprescindible cumplimentar este apartado para cursos/jornadas/talleres que no sean de carácter gratuito. Las solicitudes de inscripción se podrán anular mediante envío de correo electrónico a cofalicante@cofalicante.com y con derecho al reembolso de importe abonado siempre que se lleven a cabo con 48 horas de antelación al inicio de la jornada/curso.

** Imprescindible cumplimentar este apartado en caso de que el pago se efectúe desde la cuenta farmacia.

ACEPTO la política de protección de datos del COFA así como soy conocedor de la legislación y normativa que la rigen

ACEPTO la grabación audiovisual de los contenidos de la jornada pudiendo aparecer en ellos, cedo mis derechos de imagen al COFA y autorizo la difusión de las imágenes por los medios que el COFA estime oportuno. Autorizo al COFA a hacer uso de mis datos personales aquí especificados, de manera telemática o física, a fin de hacerme llegar información o contenidos relativos a esta temática o cualquier necesidad a tal efecto.

Enviar a Secretaría del Colegio de Farmacéuticos de Alicante. cofalicante@cofalicante.com