



Ilmo. Sr.:

D./D^a. _____, nacido/a el ____ / ____ / _____

con N.I.F. n^o _____, Licenciado/a en Farmacia en el año _____

por la Universidad _____

natural de _____

con domicilio en el municipio de _____

C./PI./Avda. _____

_____ n^o _____ Pta. _____ C.P. _____

Tlf. fijo _____ Tlf. móvil _____

e-mail _____

y anteriormente colegiado en la provincia de _____

SOLICITA: Ser inscrito/a como colegiado/a en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Alicante,
para ejercer la profesión farmacéutica en la modalidad de _____

en el municipio de _____

C./ _____ n^o _____

Alicante, a _____ de _____ de _____

Firma

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE ALICANTE



Colegio Oficial de Farmacéuticos
de la Provincia de Alicante

**SOLICITUD DE CAMBIO DE CUENTA BANCARIA
PARA DOMICILIAR LOS RECIBOS DE
COLEGIACIÓN**

A		DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE			
APELLIDOS		NOMBRE			
COLEGIADO N°		DNI N°			
B		NUEVA CUENTA BANCARIA			
	IBAN (4 dígitos)	ENTIDAD (4 dígitos)	SUCURSAL (4 dígitos)	DC (2 dígitos)	CUENTA (10 dígitos)

SOLICITA que el cargo de las cuotas emitidas por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Alicante correspondientes al:

Farmacéutico solicitante

Colegiado D/D^a. _____

Se efectúe en la cuenta de mi titularidad citada en el apartado B correspondiente del presente impreso a partir de la siguiente mensualidad.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma: _____

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE LA
PROVINCIA DE ALICANTE



Nota: antes de cumplimentar los datos que figuran en este impreso, lea detenidamente las instrucciones al dorso

FICHA COLEGIAL

Base de Datos de Colegiados Farmacéuticos

DATOS DE COLEGIACIÓN

Colegio Oficial de Farmacéuticos de _____ Código _____

Alta Fecha ____/____/____

Baja 1 2 3 Fecha ____/____/____

Modificación 4 5 6 Fecha ____/____/____

Nº de colegiado _____ Nº de Oficina de Farmacia (antiguo S.O.E.) _____

DATOS PERSONALES/PROFESIONALES (*)

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Nombre: _____ DNI o NIF: _____

(1) Tipo de vía: _____ Nombre de vía: _____ Núm: _____ Piso: _____ Prta: _____

Municipio: _____ Provincia: _____ C. Postal: _____

(**) Teléfono: _____ (**) Fax: _____ (**) C. electrónico: _____

(**) Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha expedición título: ____/____/____

(**) Sexo: Hombre Mujer

(*) Los envíos postales y demás comunicaciones se remitirán a la dirección aquí indicada
 (**) Estos datos no tienen carácter obligatorio

MODALIDAD/ES DE EJERCICIO PROFESIONAL EN LA ACTUALIDAD (Señalar todas las que se ejerzan)

<input type="checkbox"/> 1) Oficina de Farmacia: titular único	<input type="checkbox"/> 12) Establecimientos dispensadores de medicamentos de uso animal
<input type="checkbox"/> 2) Oficina de Farmacia: copropiedad	<input type="checkbox"/> 13) Alimentación
<input type="checkbox"/> 3) Adjunto	<input type="checkbox"/> 14) Industria
<input type="checkbox"/> 4) Sustituto	<input type="checkbox"/> 15) Distribución
<input type="checkbox"/> 5) Regente	<input type="checkbox"/> 16) Investigación y Docencia
<input type="checkbox"/> 6) I.F. Municipal y/o, en su caso, al servicio de las Administraciones Públicas	<input type="checkbox"/> 17) Fuerzas Armadas
<input type="checkbox"/> 7) Análisis Clínicos	<input type="checkbox"/> 18) Otras actividades
<input type="checkbox"/> 8) Farmacia Hospitalaria	<input type="checkbox"/> 19) Jubilados
<input type="checkbox"/> 9) Optica Oftálmica, Optometría y Acústica Audiométrica	<input type="checkbox"/> 20) Parados
<input type="checkbox"/> 10) Dermofarmacia	<input type="checkbox"/> 21) Otras causas
<input type="checkbox"/> 11) Ortopedia	

} Sin ejercicio

COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS A LOS QUE HA PERTENECIDO ANTERIORMENTE

Colegio Oficial de Farmacéuticos _____ desde mes _____ de _____, hasta mes _____ de _____

Colegio Oficial de Farmacéuticos _____ desde mes _____ de _____, hasta mes _____ de _____

Colegio Oficial de Farmacéuticos _____ desde mes _____ de _____, hasta mes _____ de _____

Firma del Colegiado

Sello del Colegio

Los datos contenidos en la presente ficha se incorporarán a un fichero automatizado creado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos a los fines propios del mismo, como el envío de la revista "Farmacéuticos", difusión sobre publicaciones propias, congresos y cursos. 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 laboratorios de especialidades farmacéuticas y para-farmacia, entidades de distribución, editoriales, empresas de informática, organizadores de congresos, entidades financieras y aseguradoras, proveedores de Internet y operadores de telecomunicaciones, y en general, aquellas que ofrezcan información relacionada con la actividad profesional, rogamos se dirijan en este sentido a este Consejo General en un plazo de diez días.

Imprima el siguiente formulario y cumplimente los campos solicitados. Una vez lo haya cumplimentado y firmado, deberá remitirlo, por correo postal, a su Colegio Oficial de Farmacéuticos adjuntando fotocopia de su DNI.

Solicitud de Adhesión a PortalFarma

(Remitir al Colegio Oficial de Farmacéuticos)

D./Dña
Farmacéutico/a Colegiado/a en el Colegio Oficial de Farmacéuticos
de con número de colegiado

está interesado en adscribirse a PortalFarma

(A cumplimentar sólo por los que estén interesados en la adhesión)

D./Dña
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:

D.N.I.: Nº de Colegiado:

Domicilio (indicar si es calle, plaza, avenida u otros):

N.º: Piso: Puerta:

Localidad:

Provincia: Cód. postal:

Telefono:

Modalidad del ejercicio profesional:

Condiciones de la Adhesión a PORTALFARMA: Mediante la adscripción a este servicio, los farmacéuticos colegiados podrán acceder a la zona privada de www.portalFarma.com. Para más información, puede consultar el [Aviso legal](#) y la [Política de privacidad](#) de PortalFarma. Se informa que este servicio cesa cuando se deja de ostentar la condición de colegiado.

Información sobre acceso a correo electrónico: Así mismo, tendrán la posibilidad de disponer de una cuenta de correo electrónico @ REDFARMA, previa activación de la misma. Si usted desea disponer del servicio de cuenta de correo electrónico @REDFARMA, usted deberá aceptar la política de uso de correo electrónico de @REDFARMA. Se informa de que este servicio cesa cuando se deja de ostentar la condición de colegiado.

Asimismo, el Consejo General se reserva la facultad de desactivar, previa notificación formal al usuario con la suficiente antelación, la referida cuenta de correo electrónico por ausencia de actividad durante un (1) mes, sin perjuicio del derecho del usuario de solicitar de nuevo el alta mediante un correo electrónico a congral@redfarma.org, en cualquier momento posterior a la baja aquí contemplada. Del mismo modo, el Consejo General le informa de que se reserva la facultad de proceder al bloqueo de su cuenta de correo electrónico @REDFARMA, como medida de seguridad, caso de detectar que la misma está siendo utilizada para el envío de spam, o cualquier otra acción que vaya en contra de la seguridad del servicio de correo. Caso de producirse el referido bloqueo, el Consejo General procederá a contactar con usted, informándole de esta circunstancia, e indicándole las acciones a llevar a cabo para proceder al desbloqueo de la misma.

Puede consultar la política de uso de correo electrónico a través del siguiente link: [Política de uso de correo electrónico @REDFARMA](#)

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, de 13 de diciembre (LOPD) y disposiciones de desarrollo, el CONSEJO le informa de forma precisa e inequívoca de que los datos facilitados por usted (nombre, apellidos, dirección, DNI, nº de colegiado y modalidad profesional), junto con los que se generen (claves de usuario y password y cuenta de correo electrónico en el caso de que usted lo solicite marcando la correspondiente casilla) se incluirán en un Fichero responsabilidad de este Consejo General, con la finalidad de cumplir y mantener la relación creada entre Vd. y el Consejo, ofrecerle servicios personalizados atendiendo a su modalidad de ejercicio o que puedan resultar de su interés profesional y darle de alta en www.portalFarma.com, para lo cual requerimos su consentimiento inequívoco sobre las antedichas finalidades y la política de privacidad del presente portal.

Del mismo modo le informamos que, salvo que usted nos indique lo contrario marcando la casilla que figura al final de esta formulario, usted autoriza expresamente al Consejo a remitir a Colegio Oficial de Farmacéuticos en el que usted se encuentra colegiado su cuenta de correo electrónico con la finalidad de hacerle llegar informaciones de su interés profesional. La información solicitada es facultativa, si bien, de no facilitarla no se le podrá prestar el servicio. Usted queda informado que el anterior consentimiento es revocable y podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición de conformidad con lo dispuesto en la LO 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y disposiciones de desarrollo, dirigiéndose por escrito a la Sede de este Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, domicilio en C/ Villanueva 11, 7ª planta, 28001-Madrid o mediante correo electrónico a la dirección congral@redfarma.org. Así mismo acepta la [política de Privacidad de www.portalFarma.com](#)

(*) Marque con una cruz si no autoriza la cesión por parte del Consejo a su colegio su cuenta de correo electrónico.

Fecha:

Firma del interesado: