

SOLICITUD

VARIOS

FECHA: _____

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

Nº COLEGIADO/PRECOLEGIADO: _____

Nº DE FARMACIA: _____

DNI: _____

TELÉFONO: _____

EMAIL: _____

SOLICITA:

DESTINATARIO:

PRESIDENCIA

JUNTA DE GOBIERNO

SECRETARIO

OTRO: _____

TESORERO

* FIRMA Y SELLO:



* La inclusión del sello solo será obligatoria en caso de NO usar firma electrónica

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

En virtud del REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que los datos personales que nos facilite a través del presente formulario serán tratados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante, calle Jorge Juan 8, 03002 Alicante, con la finalidad de tramitar su solicitud. Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, olvido, limitación, portabilidad y oposición dirigiéndose al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante. Los datos podrán ser tratados para la elaboración de perfiles, tiene derecho a oponerse a la adopción de decisiones individuales automatizadas que produzcan efectos jurídicos sobre usted o le afecten significativamente de modo similar. Puede acceder a la restante información sobre protección de datos solicitándola a través del correo cofalicante@cofalicante.com