

SOLICITUD ALTA COLEGIACIÓN

FECHA: _____

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

LUGAR DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

DATOS DE CONTACTO:

-TLF FIJO

-TLF MOVIL

-CORREO ELECTRÓNICO

COMUNICA:

Que se licenció / graduó en Farmacia en el año _____ por la Universidad 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 _____

FIRMA:

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 solicitar el alta colegial. 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

SOLICITUD

COLEGIACIÓN ALTA DATOS BANCARIOS

DATOS DEL SOLICITANTE:

FECHA: _____

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

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 a continuación a partir de la siguiente mensualidad:

ES _____

De acuerdo con el artículo 48.4 del título sexto de los Estatutos del Colegio de Farmacéuticos de Alicante, los colegiados/as domiciliarán necesariamente el pago o abono de las cuotas colegiales en cuenta bancaria.

Las cuotas colegiales serán exigibles a mes vencido y por mensualidades completas, contemplando los siguientes casos de facturación:

- Solicitud de colegiación recibida entre el día 1 y el 15 (inclusive): La 1ª cuota se corresponderá con la del mes en curso a la recepción de la solicitud.

- Solicitud de colegiación recibida entre el día 16 y el 31 (inclusive): La 1ª cuota se corresponderá con la del mes siguiente a la recepción de la solicitud.

- Solicitud de baja de colegiación recibida entre el día 1 y 15 (inclusive): La última cuota se corresponderá con la del mes anterior a la recepción de la solicitud.

- Solicitud de baja de colegiación recibida entre el día 16 y 31 (inclusive): La última cuota se corresponderá con la del mes en curso a la recepción de la solicitud.

*FIRMA
Y SELLO:

* La inclusión del sello solo será obligatoria en caso de NO firmar electrónicamente este documento

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 dar de alta los datos de la cuenta bancaria del titular. 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

SOLICITUD

INSCRIPCIÓN EN EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL A.M.A

FECHA: _____

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:

DNI:

SOLICITA:

Mi inclusión a la póliza colectiva de Responsabilidad Civil Profesional Colectiva que el Colegio de Farmacéuticos de Alicante tiene suscrita para sus colegiados en A.M.A Agrupación Mutual Aseguradora, Mutua de Seguros a Prima Fija de los Profesionales Sanitarios (CIF G-28177657).

***FIRMA:**

* El coste de dicho seguro no genera ningún gasto adicional para el colegiado sino que está incluido en la cuota colegial.

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 la inscripción del solicitante en el seguro de responsabilidad civil A.M.A. 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



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:

(*) 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)

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

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.º 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.

I N S T R U C C I O N E S

- a) Utilice una casilla para cada letra o número. Marque con una X el dato correcto, en los casos en que esto sea posible.
- b) Rellene todos y cada uno de los datos solicitados, siendo imprescindible el DNI y el número de Oficina de Farmacia (antiguo S.O.E.), si es propietario de Oficina de Farmacia.
- c) Cuando comunique un ALTA indique la modalidad de su ejercicio profesional, señalando con una X todas aquellas casillas que correspondan en el cuadro impreso.
- d) Cuando comunique una BAJA, deberá rellenar sus datos de identificación, así como indicar el motivo por el cual causa baja, y lo marcará con una X en el cuadro que corresponda.

- 1 = Petición propia
- 2 = Traslado de C.O.F.
- 3 = Fallecimiento

- e) Cuando comunique una MODIFICACION deberá indicar el motivo marcando con una X el cuadro que corresponda.

- 4 = Cambio de domicilio
- 5 = Cambio de modalidad profesional
- 6 = Otras causas

De igual modo, si se produce un cambio de modalidad en el ejercicio profesional, deberá indicarlo, marcando con una X la modalidad que corresponda, en el cuadro impreso.

- f) Ajuste los números siempre por la derecha. Ejemplo: si debe indicar la fecha *3 de febrero de 1999*, se marcará así: **03 02 1999**

(1) Tipo de vía

AD Aldea	CM Camino	PB Poblado
AE Aeropuerto	CO Colonia	PG Polígono
AL Alameda	CR Carretera	PI Polígono industrial
AP Apartamento	CS Caserío	PJ Pasaje
AT Autopista	CT Cuesta	PQ Parque
AU Autovía	ED Edificio	PR Prolongación
AV Avenida	GL Glorieta	PS Paseo
BD Barriada	GR Grupo	PZ Plaza
BL Bloque	GV Gran vía	RB Rambla
BO Barrio	LG Lugar	RD Ronda
CE Centro comercial	MC Mercado	SD Subida
CH Chalet	MN Municipio	TR Travesía
CJ Callejón	MZ Manzana	UR Urbanización
CL Calle	OT Otros conceptos	

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: