



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:

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

.....

N.º: **Piso:** **Puerta:**

Localidad:

Provincia: **Cód. postal:**

D.N.I: **N.º DE COLEGIADO:**

MODALIDAD DEL EJERCICIO PROFESIONAL

Queda informado de forma precisa e inequívoca de que los datos facilitados por usted (nombre, apellidos, DNI, n.º de colegiado y modalidad del ejercicio profesional) han sido incluidos en el Fichero de Responsabilidad de este Consejo General, con la finalidad de cumplir y mantener la relación creada entre usted y el Consejo, ofrecerle servicios personalizados atendiendo a su modalidad de ejercicio y darle de alta en www.portalfarma.com, para lo cual requerimos su consentimiento inequívoco. La información solicitada es facultativa, si bien, de no facilitarla, no se le podrá prestar el servicio. Usted queda informado de que el anterior consentimiento es revocable y podrá, 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, ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y, en su caso, cancelación dirigiéndose por escrito a la Sede de este Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Villanueva 11, 7.ª planta. 28001 Madrid.

Fecha:

Firma del interesado: