

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.: N° de Colegiado:

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

N.º: Piso: Puerta:

Localidad:

Provincia: Cód. postal:

Modalidad del ejercicio profesional:

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 Vd. (nombre, apellidos, dirección, DNI, n° de colegiado y modalidad profesional), junto con los que se generen (claves de usuario y password y cuenta de correo electrónico) se incluirán en el Fichero de 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. Del mismo modo le informamos que, salvo que Vd. nos indique lo contrario marcando la casilla (*) que figura al final de esta leyenda, Vd. autoriza expresamente al Consejo a remitir al Colegio Oficial de Farmacéuticos en el que Vd. 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, oposición y, en su caso, cancelación 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, Villanueva 11, 7ª planta, 28001-Madrid.

(*) 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: