

INSCRIPCIÓN

JORNADA DONACIÓN DE SANGRE

FECHA: _____

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE COMPLETO:

CORREO ELECTRÓNICO: DNI:

COLEGIADO: SI NO NÚMERO COLEGIADO:

PREFERENCIA DE HORARIO EXTRACCIÓN:

10:00-11:00H 11:00H-12:00H 12:00H-13:00H 13:00H-14:00H

OBSERVACIONES:

FIRMA:

Una vez cumplimentado y firmado, envíe este documento antes del 22 de septiembre a 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 acreditación y acceso al COFA durante la Jornada de Donación de Sangre. 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