COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE LA PROVINCIA DE ALICANTE
CALLE JORGE JUAN, 8 -03002 ALICANTE / COFALICANTE@COFALICANTE.COM

SOLICITUD
COLEGIACIÓN ALTA DATOS BANCARIOS

FECHA:

DATOS DEL SOLICITANTE:

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/Dª

Se efectúe en la cuenta de mi titularidad citada a continuación a partir de la siguiente mensualidad:

ES

PROCESO DE FACTURACIÓN DE CUOTAS: De acuerdo con el artículo 14 del Reglamento de Régimen Interno del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Alicante, los colegiados/as asumirán las cargas que, en concepto de gastos, generen, tanto el funcionamiento como los servicios colegiales. En dicho artículo se detallan los diferentes tipos de cuotas por modalidades y conceptos. 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 mensuales colegiales en cuenta bancaria.

Las cuotas colegiales periódicas, ordinarias mensuales, fijas y generales 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.

La cuota de incorporación al Colegio será exigible por una sola vez y pagadera por anticipado. Quedan exentos del pago de la misma aquellos colegiados que ya la hayan abonado, en este Colegio o en cualquier otro, siendo necesario en este último caso la remisión del correspondiente certificado de baja, al corriente de cuotas y de cuota de inscripción del Colegio que proceda.

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 FIR. 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

FIRMA:

☐ He leído y acepto la **política de privacidad**.
Puede obtener mas información en https://www.cofalicante.com/politica-privacidad

Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Alicante