Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

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: _____

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

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. C/. Villanueva, 11 6ª - Teléfono 91 431 25 60 - 28001 Madrid - Fax: 91 576 39 05 - C. electrónico: congral@redfarma.org

INSTRUCCIONES

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 Fermacia (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		