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

SOLICITUD

INSCRIPCIÓN EN EL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL A.M.A

Fecha:

DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombre y apellidos:

DNI:

SOLICITA:

Mi inclusión a la póliza colectiva de Responsabilidad Civil Profesional Colectiva que el Colegio de Farmacéuticos de Alicante tiene suscrita para sus colegiados en A.M.A Agrupación Mutual Aseguradora, Mutua de Seguros a Prima Fija de los Profesionales Sanitarios (CIF G-28177657).

* El coste de dicho seguro no genera ningún gasto adicional para el colegiado sino que está incluido en la cuota colegial.

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