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

SOLICITUD

NUEVA APERTURA DE FARMACIA

Fecha:

DATOS DE LA NUEVA OFICINA DE FARMACIA: Número:

Razón social:

NIF/CIF: Teléfono:

Dirección:

Localidad: Código Postal:

Email confidencial:

Otro email:

DATOS FARMACÉUTICO/S SOLICITANTE/S:

Titular / Cotitular:

Número de colegiado: DNI:

Titular / Cotitular:

Número de colegiado: DNI:

Titular / Cotitular:

Número de colegiado: DNI:

En nombre y representación de la farmacia anteriormente citada.

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

SOLICITUD
NUEVA APERTURA DE FARMACIA

SOLICITA/N:

Que le sean transferidos por parte del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Alicante, los pagos de la Agencia Valenciana de Salud y resto de entidades correspondientes a la cuenta bancaria con número: **

ES

ACCESO SICOFA:

	Nº COLEGIADO	Nº AUXILIAR	DNI

Programa de gestión:

Empresa de mantenimiento:

* A efectos de recibir los confidenciales de las liquidaciones.

** Para poder cursar dicha solicitud es necesario que se aporte certificiado bancario de titularidad de la cuenta corriente.

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