

D. _____
natural de _____, provincia
de _____ de _____ años de edad,
(1) _____ en Farmacia, domiciliado en calle
_____ n° _____
localidad _____ C.P.: _____
y D.N.I. n° _____

SOLICITA: ser inscrito en el Colegio de su digna Presidencia con el objeto de ejercer la
profesión en la modalidad de _____

Huelva, _____ de _____ de _____
(Firma)

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS. HUELVA

(1) Licenciado/a o Doctor





DATOS NECESARIOS PARA LA COLEGIACION EN ESTE ORGANISMO

APELLIDOS _____ NOMBRE _____

D.N.I. _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

FECHA EXPEDICION DEL TITULO _____

UNIVERSIDAD _____

¿PERTENECIÓ A OTRO COLEGIO? _____ PROVINCIA _____

MODALIDAD EJERCICIO _____

DOMICILIO PARTICULAR _____

DOMICILIO EJERCICIO _____

TELEFONO _____ MOVIL _____ FAX _____

E-MAIL _____



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:

(†) 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)

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

Sello del Colegio

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 para-farmacia, 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.

.....ade..... de 200

Sr. Director del Banco.....

Sucursal de la calle.....

Población:..... Provincia:.....

Muy Sr. mío:

Ruego a Vd., que hasta nuevo aviso haga efectivos al COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS, con cargo a mi cuenta cuyo código es:

<u>ENTIDAD</u>	<u>SUCURSAL</u>	<u>D.C.</u>	<u>NUM. DE CUENTA</u>
----------------	-----------------	-------------	-----------------------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

los recibos que dicho Colegio presente al cobro.

Atentamente le saluda s.s.

q. e. s. m.

Fdo.....

N.I.F. nº:.....