



Don/Doña _____

Con N.I.F. _____, Licenciado/a-Graduado/a en Farmacia, mayor de edad, con domicilio en la localidad de _____, Provincia de _____, Calle/Avda/Plaza _____, nº _____, Piso _____, Código Postal _____, Teléfono _____, Correo Electrónico _____.

EXPONE

Que está en posesión del título de Licenciado/a - Graduado/a en Farmacia, y desea causar alta como colegiado/a en el Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Salamanca, para ejercer la profesión en la modalidad de _____.

Presenta la siguiente documentación:

- Título facultativo o certificación supletoria provisional, expedido por la Universidad de _____, en fecha _____.
- Ficha profesional para el Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Salamanca.
- Fotografía formato carnet.
- Certificado baja de colegiación.
- Justificante de situación de desempleo.
- Designación de beneficiarios "Socorro por Defunción".
- Autorización de cargo cuotas colegiales en cuenta bancaria.
- Abono de Solicitud de colegiación: _____.

Este documento y la información contenida en él es de carácter confidencial y sus datos forman parte de la base de datos titularidad del MUY ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE SALAMANCA, con sede en CALLE JUAN PICORNELL 7, 37006 SALAMANCA (SALAMANCA), con la finalidad de gestionar las relaciones con los colegiados y canalizar las comunicaciones que se produzcan como consecuencia de las mismas que se mantienen con el Responsable de tratamiento. De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 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, le informamos de que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de uso, mediante comunicación por escrito a la dirección anteriormente citada.

En Salamanca, a _____ de _____ de _____.

Fdo:

**A LA PRESIDENTA DEL MUY ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE SALAMANCA**



Nombre _____, Apellidos _____,

D.N.I. _____, Natural de _____,

Provincia _____, con domicilio en la localidad de _____,

Calle _____, nº _____, Piso _____,

Código Postal _____, Teléfono 1: _____, Teléfono 2: _____,

Correo Electrónico _____,

Fecha de Nacimiento: _____.

Fecha de finalización de la Licenciatura/Grado: _____.

Fecha de expedición de Título o Resguardo de éste: _____.

Universidad que expide la Licenciatura/Grado: _____.

Colegios Profesionales a los que perteneció anteriormente:

- _____, Fecha: _____
- _____, Fecha: _____
- _____, Fecha: _____
- _____, Fecha: _____

Este documento y la información contenida en él es de carácter confidencial y sus datos forman parte de la base de datos titularidad del MUY ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE SALAMANCA, con sede en CALLE JUAN PICORNELL 7, 37006 SALAMANCA (SALAMANCA), con la finalidad de gestionar las relaciones con los colegiados y canalizar las comunicaciones que se produzcan como consecuencia de las mismas que se mantienen con el Responsable de tratamiento. De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 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, le informamos de que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de uso, mediante comunicación por escrito a la dirección anteriormente citada.

En Salamanca, a _____ de _____ de _____.

Fdo:

**A LA PRESIDENTA DEL MUY ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE SALAMANCA**



Don/Doña _____, con D.N.I. _____,

por la presente, ruego a Vds. que los recibos correspondientes a las cuotas del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Salamanca, sean adeudados en la cuenta corriente que detallo a continuación.

Entidad: _____

Agencia/Sucursal: _____

Titular de la Cuenta: _____

IBAN

ES

Este documento y la información contenida en él es de carácter confidencial y sus datos forman parte de la base de datos titularidad del MUY ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE SALAMANCA, con sede en CALLE JUAN PICORNELL 7, 37006 SALAMANCA (SALAMANCA), con la finalidad de gestionar las relaciones con los colegiados y canalizar las comunicaciones que se produzcan como consecuencia de las mismas que se mantienen con el Responsable de tratamiento. De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 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, le informamos de que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de uso, mediante comunicación por escrito a la dirección anteriormente citada.

En Salamanca, a _____ de _____ de _____.

Fdo:



Don/Doña _____,
con D.N.I. _____, Licenciado/a-Graduado/a en Farmacia, residente en
_____, Provincia de _____, Calle _____.
Nº _____, Piso _____, Letra _____, inscrito/a en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Salamanca
con el número _____, y adscrito/a al “SOCORRO POR DEFUNCIÓN”, por medio del presente
documento privado, declaro beneficiarios expresos de la cantidad de 1.202,02 Euros, a que tienen
derecho en caso de fallecimiento del que suscribe a quien se relaciona:

1. Don/Doña: _____
D.N.I.: _____, Teléfono: _____
En caso de fallecimiento de éstos, designo nuevo beneficiario/a a:
2. Don/Doña: _____
D.N.I.: _____, Teléfono: _____
En ausencia de estos últimos, designo a:
3. Don/Doña: _____
D.N.I.: _____, Teléfono: _____

Esta declaración se formula a todos los efectos legales, y las designaciones anteriores serán irrevocables.

Me reservo el derecho a renovarla, haciendo uso del que me otorga el Reglamento del Socorro por Defunción, ateniéndome a las formalidades y requisitos que se establecen en el mismo.

Y para que conste, firmo la presente designación.

Este documento y la información contenida en él es de carácter confidencial y sus datos forman parte de la base de datos titularidad del MUY ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE SALAMANCA, con sede en CALLE JUAN PICORNELL 7, 37006 SALAMANCA (SALAMANCA), con la finalidad de gestionar las relaciones con los colegiados y canalizar las comunicaciones que se produzcan como consecuencia de las mismas que se mantienen con el Responsable de tratamiento. De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento (UE) 2016/679 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, le informamos de que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, portabilidad y limitación de uso, mediante comunicación por escrito a la dirección anteriormente citada.

En Salamanca, a _____ de _____ de _____.

Fdo: