

FILIACIÓN

Apellidos _____	Nombre _____
N.I.F. _____	Nacido el día _____ . de _____ de _____
Domicilio _____	Tlfo: _____
Localidad _____	C.P. _____

DATOS ACADÉMICOS

Título de Licenciado Registrado con el N°: _____	
Fecha de expedición _____	Facultad _____
Fecha de terminación _____	

DATOS DE COLEGIADO

Colegiado N°: _____
Fecha de colegiación: _____
Modalidad: _____

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos que nos facilite mediante la cumplimentación del presente formulario pasarán a formar parte del fichero propiedad del Colegio de Farmacéuticos de Cáceres y se utilizarán para la gestión, administración y mantenimiento de los servicios propios del Colegio a sus colegiados. Así mismo le informamos que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en Cl. Periodista Sánchez Asensio, 2, 1º de Cáceres.