

FOTO

Nº de Colegiado: _____

Apellidos: _____

Nombre: _____

Fecha de Incorporación: ____ / ____ /20 ____

DNI/NIF: _____

Firma:

FIRMAR CON ROTULADOR NEGRO

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 CI. Periodista Sánchez Asensio, 2, 1º de Cáceres.