

**COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS  
CACERES**

Muy Sres. Míos:

Le ruego que los recibos que emitan a mi cargo, en concepto de cuotas a ese Colegio y a otros Organismos, relacionados con mi colegiación, sean pasados al cobro en:

- BANCO O CAJA DE _____
- OFICINA DEL BANCO _____
- DOMICILIO DEL BANCO _____
- NUM. DE CUENTA _____

Con esta fecha paso instrucciones a dicha Entidad a fin de que obren en consecuencia.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

Atentamente

Fdo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Tlfno \_\_\_\_\_

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.