



COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE CÁCERES

Muy Sres. Mios:

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	<input type="text"/>
OFICINA DELBANCO	<input type="text"/>
DOMICILIO DEL BANCO	<input type="text"/>
NÚMERO DE CUENTA	<input type="text"/>

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

Cáceres a de de 20

FIRMADO

Firmado	<input type="text"/>	
Dirección	<input type="text"/>	
Localidad	<input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>

“En cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal , y 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 que los datos que nos facilite mediante la cumplimentación del presente formulario pasarán a formar parte de un tratamiento incluido en el registro de actividad titularidad del ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE CÁCERES, cuyas finalidades son la gestión, administración y mantenimiento de los servicios propios de Colegio a sus colegiados. Asimismo, le informamos que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad de los datos, en los términos previstos en la normativa aplicable mediante escrito, acompañado de fotocopia de DNI, dirigido a ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE CÁCERES, C/ PERIODISTA SÁNCHEZ ASENSIO 2-5. CP 10002 CÁCERES (CÁCERES).”