



Colegio Oficial  
de  
Farmacéuticos  
de Segovia

# AUTORIZACIÓN BANCARIA

Por la presente, ruego a Vds. que los recibos correspondientes a la cuota de Colegiación presentados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Segovia, sean adeudados en mi cuenta:

- Banco o Caja de Ahorros \_\_\_\_\_.
- Agencia/Sucursal \_\_\_\_\_.
- Domicilio de Banco o Caja \_\_\_\_\_.
- Titular de la cuenta \_\_\_\_\_.

| CÓDIGO PAÍS |  | DÍGITO CONTROL |  | ENTIDAD |  |  |  | OFICINA |  |  |  | D.C. |  | Nº CUENTA |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--|----------------|--|---------|--|--|--|---------|--|--|--|------|--|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|             |  |                |  |         |  |  |  |         |  |  |  |      |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Segovia a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Persona, de 13 de diciembre (LOPD) y disposiciones de desarrollo, le informamos que los datos facilitados por Vd. serán incluidos en un fichero de responsabilidad de este Colegio Oficial de Farmacéuticos de Segovia, con la finalidad de cumplir y mantener la relación entre usted y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Segovia para lo que requerimos su consentimiento. La información solicitada es facultativa, si bien, de no facilitarla no se le podrá prestar el servicio solicitado. Le informamos que su consentimiento es revocable y podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y, en su caso, cancelación de conformidad con lo dispuesto en el Ley Orgánica 15/99, de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y disposiciones de desarrollo, dirigiéndose por escrito a este Colegio Oficial de Farmacéuticos de Segovia, Calle Domingo de Soto Nº 3 2ª Planta, 40001 Segovia.