



Colegio Oficial
de
Farmacéuticos
de Segovia

FICHA DE COLEGIADO

Datos personales		Foto
Primer Apellido	Segundo Apellido	
Nombre	Natural de	
Domicilio (Calle o vía)		Núm. Piso Puerta
Municipio	Provincia	Código Postal
DNI/NIF	Teléfono	FAX
Correo Electrónico		Fecha de Nacimiento
Datos Profesionales		
Fecha de Terminación de la Carrera	Fecha de Expedición del Título	
Fecha de expedición del Título de Doctor	Universidad	
Colegios a los que ha pertenecido (Modalidad en que ejerció)		
Datos a rellenar por el Colegio		
Fecha de Colegiación	Número de Colegiado	Modalidad de ejercicio

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, 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 la 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, Calla Domingo de Soto Nº 3 2ª Planta, 40001 Segovia.