



Colegio Oficial  
de  
Farmacéuticos  
de Segovia

# SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

FECHA DE SOLICITUD

Don/Doña \_\_\_\_\_,  
Licenciado/a en Farmacia, con NIF número \_\_\_\_\_ y domicilio en la localidad  
de \_\_\_\_\_ provincia de \_\_\_\_\_ en la calle  
\_\_\_\_\_ número \_\_\_\_ piso \_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_.

SOLICITA:

Que estando en posesión del título de Licenciado en Farmacia desea ser inscrito como  
Colegiado en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Segovia con el objeto de ejercer la  
profesión en la modalidad de \_\_\_\_\_  
en (1) \_\_\_\_\_.

(1) Nombre y dirección del centro de trabajo

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, Calla Domingo de Soto Nº 3 2ª Planta, 40001 Segovia.

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

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

*Ilmo. Sr. Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Segovia.*

Calle Domingo de Soto Nº 3 --- Teléfono 921462046 --- Fax 921 462033 --- E-mail cofsegovia@redfarma.org



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.



# FICHA COLEGIAL

## Base de Datos de Colegiados Farmacéuticos

**Nota:** antes de cumplimentar los datos que figuran en este impreso, lea detenidamente las instrucciones al dorso

### DATOS DE COLEGIACIÓN

Colegio Oficial de Farmacéuticos de \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Alta  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Baja 1  2  3  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Modificación 4  5  6  Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº de colegiado \_\_\_\_\_ Nº de Oficina de Farmacia (antiguo S.O.E.) \_\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES/PROFESIONALES (\*)

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI o NIF: \_\_\_\_\_

(1) Tipo de vía: \_\_\_\_\_ Nombre de vía: \_\_\_\_\_ Núm: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Prta: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_

(\*\*) Teléfono: \_\_\_\_\_ (\*\*) Fax: \_\_\_\_\_ (\*\*) C. electrónico: \_\_\_\_\_

(\*\*) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha expedición título: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(\*\*) Sexo: Hombre  Mujer

(\*) Los envíos postales y demás comunicaciones se remitirán a la dirección aquí indicada  
(\*\*) Estos datos no tienen carácter obligatorio

### MODALIDAD/ES DE EJERCICIO PROFESIONAL EN LA ACTUALIDAD (Señalar todas las que se ejerzan)

<input type="checkbox"/> 1) Oficina de Farmacia: titular único	<input type="checkbox"/> 12) Establecimientos dispensadores de medicamentos de uso animal
<input type="checkbox"/> 2) Oficina de Farmacia: copropiedad	<input type="checkbox"/> 13) Alimentación
<input type="checkbox"/> 3) Adjunto	<input type="checkbox"/> 14) Industria
<input type="checkbox"/> 4) Sustituto	<input type="checkbox"/> 15) Distribución
<input type="checkbox"/> 5) Regente	<input type="checkbox"/> 16) Investigación y Docencia
<input type="checkbox"/> 6) I.F. Municipal y/o, en su caso, al servicio de las Administraciones Públicas	<input type="checkbox"/> 17) Fuerzas Armadas
<input type="checkbox"/> 7) Análisis Clínicos	<input type="checkbox"/> 18) Otras actividades
<input type="checkbox"/> 8) Farmacia Hospitalaria	<input type="checkbox"/> 19) Jubilados
<input type="checkbox"/> 9) Óptica Oftálmica, Optometría y Acústica Audiométrica	<input type="checkbox"/> 20) Parados
<input type="checkbox"/> 10) Dermofarmacia	<input type="checkbox"/> 21) Otras causas
<input type="checkbox"/> 11) Ortopedia	

} Sin ejercicio

### COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS A LOS QUE HA PERTENECIDO ANTERIORMENTE

Colegio Oficial de Farmacéuticos \_\_\_\_\_ desde mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, hasta mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Colegio Oficial de Farmacéuticos \_\_\_\_\_ desde mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, hasta mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Colegio Oficial de Farmacéuticos \_\_\_\_\_ desde mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, hasta mes \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Firma del Colegiado**

Los datos contenidos en la presente ficha se incorporarán a un fichero automatizado creado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos a los fines propios del mismo, como el envío de la revista "Farmacéuticos", difusión sobre publicaciones propias, congresos y cursos. Los datos se encuentran sometidos a lo dispuesto en la Ley orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en particular a lo dispuesto en sus arts. 3.j y 28, reguladores de datos incluidos en las fuentes de acceso público.

En caso de no autorizar la cesión de los presentes datos a empresas e instituciones relacionadas con el sector farmacéutico, tales como laboratorios de especialidades farmacéuticas y para-farmacia, entidades de distribución, editoriales, empresas de informática, organizadores de congresos, entidades financieras y aseguradoras, proveedores de Internet y operadores de telecomunicaciones, y en general, aquellas que ofrezcan información relacionada con la actividad profesional, rogamos se dirijan en este sentido a este Consejo General en un plazo de diez días.

## I N S T R U C C I O N E S

- a) Utilice una casilla para cada letra o número. Marque con una X el dato correcto, en los casos en que esto sea posible.
- b) Rellene todos y cada uno de los datos solicitados, siendo imprescindible el DNI y el número de Oficina de Farmacia (antiguo S.O.E.), si es propietario de Oficina de Farmacia.
- c) Cuando comunique un ALTA indique la modalidad de su ejercicio profesional, señalando con una X todas aquellas casillas que correspondan en el cuadro impreso.
- d) Cuando comunique una BAJA, deberá rellenar sus datos de identificación, así como indicar el motivo por el cual causa baja, y lo marcará con una X en el cuadro que corresponda.

- 1 = Petición propia
- 2 = Traslado de C.O.F.
- 3 = Fallecimiento

- e) Cuando comunique una MODIFICACION deberá indicar el motivo marcando con una X el cuadro que corresponda.

- 4 = Cambio de domicilio
- 5 = Cambio de modalidad profesional
- 6 = Otras causas

De igual modo, si se produce un cambio de modalidad en el ejercicio profesional, deberá indicarlo, marcando con una X la modalidad que corresponda, en el cuadro impreso.

- f) Ajuste los números siempre por la derecha. Ejemplo: si debe indicar la fecha *3 de febrero de 1999*, se marcará así:           03 02 1999

### (1) Tipo de vía

AD Aldea	CM Camino	PB Poblado
AE Aeropuerto	CO Colonia	PG Polígono
AL Alameda	CR Carretera	PI Polígono industrial
AP Apartamento	CS Caserío	PJ Pasaje
AT Autopista	CT Cuesta	PQ Parque
AU Autovía	ED Edificio	PR Prolongación
AV Avenida	GL Glorieta	PS Paseo
BD Barriada	GR Grupo	PZ Plaza
BL Bloque	GV Gran vía	RB Rambla
BO Barrio	LG Lugar	RD Ronda
CE Centro comercial	MC Mercado	SD Subida
CH Chalet	MN Municipio	TR Travesía
CJ Callejón	MZ Manzana	UR Urbanización
CL Calle	OT Otros conceptos	



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 \_\_\_\_\_.

Entidad	Oficina	D.C	Nº de Cuenta

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 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, Calle Domingo de Soto Nº 3 2ª Planta, 40001 Segovia.

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

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