



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