

D^a/D......,

Farmacéutica/o mayor de edad, con domicilio en.....,

calle....., nº..... Código

Postal, Teléfono,, y D.N.I. número

....., ante V.E. comparece y, respetuosamente,

EXPONE: Por la presente solicito ser dado/a. de **ALTA** como **FARMACEUTICA/O SUSCRITA/O** en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia.

A tal efecto, aporta título de Licenciado/Grado en Farmacia.

Número de cuenta:

IBAN C.C.C:

.....

En su virtud,

SUPLICA A V.I.: que, previos los trámites reglamentarios, tenga a bien **CONCEDER LO SOLICITADO.**

(En cumplimiento del art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), la Junta de Gobierno le informa que los datos de carácter personal que nos proporcione rellenando este formulario se recogerán en ficheros con la finalidad descrita en los Estatutos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia. En virtud de lo dispuesto en el art. 15 y siguientes de la LOPD y en los términos que indica el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, en cualquier momento el titular de los datos personales podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a este Colegio Oficial de Farmacéuticos. El hecho que no introduzca los datos de carácter personal que aparecen en el formulario de inscripción podrá tener como consecuencia que la Junta de Gobierno no pueda atender su solicitud. Asimismo, usted reconoce que la información y los datos personales recogidos son exactos y veraces. Por ello le pedimos que comunique inmediatamente cualquier modificación de sus datos de carácter personal para que la información que contienen nuestros ficheros esté siempre actualizada y no contenga errores.)

Murcia, a ... de de 20.....

Firma:

EXCMA. SRA. PRESIDENTA DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE MURCIA