



Gran Capitán, 18-2.º - 2
14001 - CORDOBA

Don

natural de con domicilio en
calle n.º con D.N.I. n.º
Teléfono Farmacéutico con título registrado con el
Colegio de con el n.º al folio

A V. S. respetuosamente expone: Que deseando colegiarse en esa
corporación de su digna presidencia, en concepto de (a)
..... acompañando los siguientes documentos:

- 1.º Título (b).
- 2.º Baja del Colegio de donde procede (c).
- 3.º Ficha de colegiado (d)
- 4.º (e).
- 5.º

En su consecuencia,

SUPLICA A V. S. que previos los trámites preceptivos y la oportuna
información, se sirva darle de alta en el Colegio de su presidencia,
cuyos Estatutos conoce y acepta.

Dios guarde a V. S. muchos años.

Córdoba a de de 20

El Farmacéutico,

Admitido en Junta de / /

.....
El Secretario,

P. D.

De acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD.15/1999); el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba, como Responsable del Tratamiento y con dirección en: Avda. El Brillante, 31, 14012-Córdoba, informa que los datos personales aquí reseñados serán incorporados a un fichero con la finalidad del mantenimiento de la relación contractual entre las partes.

El interesado es el único responsable de la veracidad y corrección de los datos incluidos, exonerándose al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba de cualquier responsabilidad al respecto. Los interesados garantizan y responden, en cualquier caso, de la exactitud, vigencia y autenticidad de los datos personales facilitados y se comprometen a mantenerlos actualizados. El interesado acepta proporcionar información completa y correcta en la solicitud. El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba no responde de la veracidad de las informaciones que no sean de elaboración propia y de las que indique otra fuente, por lo que tampoco asume responsabilidad alguna en cuanto a hipotéticos perjuicios que pudieran originarse por el uso de dicha información. Se exonera al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba de responsabilidad ante cualquier daño o perjuicio que pudiera sufrir el interesado como consecuencia de errores, defectos y omisiones en la información facilitada por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba siempre que proceda de fuentes ajenas al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba.

El interesado gozará en todo momento de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición garantizados por la Legislación vigente, dirigiéndose a la dirección arriba indicada. Así mismo con la firma del presente documento, se autoriza al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba a la cesión de los datos suministrados a otras empresas o entidades con el único objetivo de dar cumplimiento a los servicios contratados o acordados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba.

ILTMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE CORDOBA

- (a) Expresese si es con Farmacia abierta, Regente, Adjunto, Analista, Director técnico, Director de laboratorio, Sin ejercicio, etc.
- (b) Caso de no tener título acompañese Orden Supletoria.
- (c) Si no ha pertenecido a ningún Colegio, declaración jurada haciéndolo constar así.
- (d) Se facilita en Secretaria y ha de acompañarse debidamente complimentada.
- (e) Declaración jurada, si procede.



	Nombre	Fecha Nacimiento
	Apellidos	D.N.I. / N.I.F.
	Teléfono	Móvil
	Población	Provincia
Dirección		C. Postal
Email		

Nº Colegiado Fecha Titulación Nº Farmacia

% Propiedad

Estado Prácticas Tuteladas

Vocalía Oficial Farmacia Vocalía Hospital Vocalía Invest. y Doc.

Vocalía Dermofarmacia Vocalía Distribución Vocalía Óptica

Vocalía Alimentación Vocalía Análisis Vocalía Palntas Med.

Vocalía Industria Vocalía Adm. Públicas

Vocalía Industria Vocalía Adj. Sust. Reg.

Ejercicio Profesional

Adjunto Distribución Ortopedia

Adm. Pública Docencia Titular

Alimentación F. Armadas Otras Act.

Analista Industria Regente

Copropietario Hospital Sustituto

Dermofarmacia Óptico

Otros Títulos y Cursos:
.....
.....
.....

Firma:



**Colegio Oficial
de Farmacéuticos
de Córdoba**

Con esta fecha autorizo la domiciliación de los recibos que presente el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba, en la cuenta que a continuación detallo:

BANCO _____

ENTIDAD _____ SUCURSAL _____ DC _____

Nº DE CUENTA _____

DOMICILIO DEL BANCO _____

LOCALIDAD _____ C.P. _____

Córdoba _____ de _____ de 2.0 _____

Fdo.: _____

De acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD.15/1999); el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba, como Responsable del Tratamiento y con dirección en: Avda. El Brillante, 31, 14012-Córdoba, informa que los datos personales aquí reseñados serán incorporados a un fichero con la finalidad del mantenimiento de la relación contractual entre las partes.

El interesado es el único responsable de la veracidad y corrección de los datos incluidos, exonerándose al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba de cualquier responsabilidad al respecto. Los interesados garantizan y responden, en cualquier caso, de la exactitud, vigencia y autenticidad de los datos personales facilitados y se comprometen a mantenerlos actualizados. El interesado acepta proporcionar información completa y correcta en la solicitud. El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba no responde de la veracidad de las informaciones que no sean de elaboración propia y de las que indique otra fuente, por lo que tampoco asume responsabilidad alguna en cuanto a hipotéticos perjuicios que pudieran originarse por el uso de dicha información. Se exonera al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba de responsabilidad ante cualquier daño o perjuicio que pudiera sufrir el interesado como consecuencia de errores, defectos y omisiones en la información facilitada por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba siempre que proceda de fuentes ajenas al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba.

El interesado gozará en todo momento de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición garantizados por la Legislación vigente, dirigiéndose a la dirección arriba indicada. Así mismo con la firma del presente documento, se autoriza al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba a la cesión de los datos suministrados a otras empresas o entidades con el único objetivo de dar cumplimiento a los servicios contratados o acordados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba.



**Colegio Oficial
de Farmacéuticos
de Córdoba**

www.cofco.org

Oficina de Farmacia nº

D/D^a

Colegiado nº

Desea que se le habilite una segunda cuenta de correo electrónico a través del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba, que será **GRATUITA Y VIGENTE** mientras permanezca colegiado en esta Corporación.

Estoy interesado en:

SEGUNDA CUENTA DE CORREO ELECTRÓNICO (indicar el nombre de la cuenta de correo)

Nombre de usuario _____@cofcordova.com

INSTALACION HERMES (SISTEMA DE MENSAJERIA INFORMATICA)
(Esta opción es para los colegiados sin oficina de farmacia ó aquellos que debido a algún problema no lo tengan instalado).

ASIGNACION CUENTA DE CORREO ELECTRONICO PARA COLEGIADOS SIN OFICINAS DE FARMACIA.

Nombre de usuario _____@cofcordova.com

(Esta opción es para aquellos **colegiados sin oficina de farmacia**, que estando Colegiados en este Colegio, aún no han solicitado su correo electrónico, para ello marcar esta opción, indicando el nombre que quiere usar en su correo).

De acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD.13/1999); el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba, como Responsable del Tratamiento y con dirección en: Avda. El Brillante, 31, 14012-Córdoba, informa que los datos personales aquí reseñados serán incorporados a un fichero con la finalidad del mantenimiento de la relación contractual entre las partes.

El interesado es el único responsable de la veracidad y corrección de los datos incluidos, exonerándose al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba de cualquier responsabilidad al respecto. Los interesados garantizan y responden, en cualquier caso, de la exactitud, vigencia y autenticidad de los datos personales facilitados y se comprometen a mantenerlos actualizados. El interesado acepta proporcionar información completa y correcta en la solicitud. El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba no responde de la veracidad de las informaciones que no sean de elaboración propia y de las que indique otra fuente, por lo que tampoco asume responsabilidad alguna en cuanto a hipotéticos perjuicios que pudieran originarse por el uso de dicha información. Se exonera al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba de responsabilidad ante cualquier daño o perjuicio que pudiera sufrir el interesado como consecuencia de errores, defectos y omisiones en la información facilitada por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba siempre que proceda de fuentes ajenas al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba.

El interesado gozará en todo momento de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición garantizados por la Legislación vigente, dirigiéndose a la dirección arriba indicada. Así mismo con la firma del presente documento, se autoriza al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba a la cesión de los datos suministrados a otras empresas o entidades con el único objetivo de dar cumplimiento a los servicios contratados o acordados por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Córdoba.



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

MODALIDADES/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

Sello del Colegio

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.º y 28.º, 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.



**Colegio Oficial
de Farmacéuticos
de Córdoba**

Habiendo sido informado /a de la existencia del Socorro voluntario de fallecimiento, asociado a la colegiación obligatoria, establecido por este Colegio, comunico mi deseo expreso de pertenecer al mismo, siendo consciente de que el impago de las cuotas correspondientes al mismo supone la exclusión de dicho Socorro, sin tener que reclamar nada al respecto.

Córdoba.....a.....de

Fdo.:.....



**Colegio Oficial
de Farmacéuticos
de Córdoba**

Habiendo sido informado/a de la existencia del Socorro voluntario de fallecimiento, asociado a la colegiación obligatoria, establecido por este Colegio, comunico mi deseo expreso de no pertenecer al mismo, renunciando al derecho que ello conlleva, siendo consciente de que esta decisión tiene carácter irrevocable.

Córdoba.....a.....de

Fdo.:.....

Colegiado/a nº.....



BIENVENIDA DE AMA A NUEVOS COLEGIADOS.

A.M.A., la Mutua de los profesionales sanitarios, obsequia a todos los nuevos colegiados con un Regalo de Bienvenida.

Para ello, precisamos nos cumplimente sus datos personales o profesionales, autorizándonos, al mismo tiempo, a remitirle información sobre los seguros de A.M.A., sin ningún tipo de compromiso.

Nombre:..... Apellidos:.....

NIF:..... Fecha Nacimiento:.....

Domicilio:.....

Localidad:..... C. Postal:.....

Teléfono:..... E-mail:.....

Firma

En Córdoba a ____ de _____ de _____.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, le informamos que sus datos serán incorporados a un fichero cuyo responsable es P.S.N. Agrupación Mutua Aseguradora, Mutua de seguros a prima fija, con la finalidad de llevar a cabo el servicio solicitado. Con el envío de este formulario, usted otorga su consentimiento para el tratamiento de sus datos. Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, deberán dirigirse a la dirección: C/ Santa María Magdalena, 15, 28016 Madrid.