

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

CURSO:

Fecha de inicio del curso:

DATOS DEL ALUMNO

Nombre y apellidos

Dirección

Localidad CP

Teléfono/s Fax

Correo electrónico

Modalidad de ejercicio profesional:

Titular de farmacia Adjunto Otras modalidades No colegiado No farmacéutico

FORMA DE PAGO

Facturación de recetas N° de farmacia

Efectivo (Caja del COFM)

Transferencia bancaria: Banco Guipuzcoano c.c.c. 0042 0031 08 0100392786

Junto a la cuota de colegiación

"A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y su normativa de desarrollo, el abajo firmante consiente que sus datos personales contenidos en el presente formulario sean incorporados y tratados en el fichero, cuyo responsable es el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, creado con la finalidad de gestionar los cursos de formación continua programada por el mismo, así como cederlos para su gestión a las personas o entidades vinculadas con el desarrollo y ejecución de los cursos en los que se formalicen las inscripciones.

"El firmante queda advertido de sus derechos de acceso al fichero, rectificación, cancelación de sus datos y oposición, así como de la posibilidad del ejercicio de los mismos ante el titular del fichero, c/ Santa Engracia nº 31, 28010 Madrid."

Madrid, de de 2009.

Fdo.: