

# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

CURSO:

Fecha de inicio del curso:

## Datos del alumno

Nombre y apellidos .....

NIF ..... Dirección .....

CP ..... Localidad .....

Teléfono ..... Móvil ..... FAX .....

Correo electrónico .....

Colegiado  SI  NO

Nº de colegiado ..... Provincia colegio .....

Profesión ..... Centro de trabajo ..... Cargo .....

## Forma de pago

Facturación de recetas N° de farmacia (SNS)

Efectivo (Caja del COFM)

Transferencia bancaria: Banco Sabadell c.c.c 0081 4147 74 0001017010

«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 los datos personales suyos 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 su derecho de acceso al fichero y del de rectificación, cancelación de sus datos en el mismo y de oposición, así como de la posibilidad de su ejercicio ante el titular del fichero en la sede del mismo, c/ Santa Engracia nº 31, 28010 Madrid.»

El alumno acepta las condiciones establecidas, publicadas en el "Programa de Formación Continua" del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.

Madrid, ..... de ..... de 20.....

Fdo.: .....