



IL·LUSTRÍSSIM SR.,

En/Na.....,
veï/na de, domiciliat/da a,
amb DNI nº (NIF:), respectuosament,

EXPOSA:

Que, el/la que subscriu està interessat/da en obtenir d'eix Col·legi la seva col·legiació temporal durant el període, amb motiu de

Adjunta els següents documents:

1. () Títol de Llicenciat, () Dr. en Farmàcia, () document supletori.
2. () Fotocòpia del DNI.
3. () Full amb dades professionals.
4. () Altres

SOL·LICITA

Que, tenint per interessada la seva col·legiació, es digni donar-li el preceptiu compliment.

Lleida,

Il·lustríssim Sr. President del COL·LEGI OFICIAL DE FARMACÈUTICS DE LLEIDA

PROTECCIÓ DE DADES DE CARÀCTER PERSONAL

En compliment de la Llei Orgànica 15/1999 de Protecció de dades de caràcter personal, li informem que les dades que ens proporcionï passaran a formar part dels fitxers de titularitat del Col·legi Oficial de Farmacèutics de Lleida, amb la finalitat exclusiva de fins col·legials descrits en les lleis estatals i autonòmica de Col·legis Professionals i la continguda als Estatuts Col·legials i deontologia. Per a dur a terme aquestes finalitats, sol·licitem el seu consentiment per al tractament de les seves dades i per a cedir-les a les entitats i empreses privades amb les que el Col·legi tingui un acord o conveni beneficiós per al col·legiat. I autoritza a publicar en la circular del Col·legi imatges d'assistència a actes col·legials en els que hi assisteixi. L'interessat podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, expressament reconeguts en la citada L.O.P.D 15/1999, per escrit acompanyat de una còpia del DNI, dirigit al Col·legi Oficial de Farmacèutics de Lleida, Pl. Ramón Berenguer IV, 9 pl.2. 25007 Lleida.