

Instància Sol·licitud Alta col·legial

Nom i cognoms:		DNI:	
Data naixement:	Adreça:	Núm.:	Pis:
Població:	CP:	Telèfon (Fix/Mòbil):	

SOL·LICITA :

La col·legiació per exercir com a

DOCUMENTACIÓ PRESENTADA:

2 Fotografies mida carne

Títol de Llicenciat/da o Resguard

Títol Especialista
(hospitalària, analista...)

Fotocòpia DNI

Núm. Compte Corrent

Sol·licito donar-me d'alta a la Vocalia de: (marcar amb una X el que interessi)

Vocalies de Modalitat Professional	Vocalies d'Adscripció Voluntària
Oficina de Farmàcia Titular Adjunt Altres: Farmàcia Hospitalària (<i>Títol Especialista</i>) Cap de Servei Adjunt F.I.R Altres: Analistes (<i>Títol Especialista</i>) Tècnic Salut Pública Distribució Indústria Sense Modalitat Altres:	Alimentació Fitoteràpia i Homeopatia Atenció Farmacèutica Adjunts, substituïts i altres professionals Ortopèdia (*) Òptica (*) Dermofarmàcia (*) Presentar la titulació específica en cas de disposar-ne

Autorització per a la cessió de dades

Accepto que les meves dades de caràcter professional puguin ser lliurades a empreses i laboratoris
RELACIONATS AMB L'ACTIVITAT FARMACÈUTICA

Accepto que les meves dades de caràcter professional puguin ser lliurades a QUALESEVOL EMPRESA que les
sol·liciti

NO DESITJO que en cap cas es lliurin les meves dades de caràcter professional

Nota: En cas de no contestar l'enquesta, s'entendrà que les dades de caràcter professional poden ser lliurades a
qualsevol empresa que les sol·liciti.

Signatura del /la sol·licitant:

Girona, de de