

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:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 2 Fotografies mida carnet | <input type="checkbox"/> Títol de Llicenciat/da o Resguard | <input type="checkbox"/> Títol Especialista
(hospitalària, analista...) |
| <input type="checkbox"/> Fotocòpia DNI | <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Oficina de Farmàcia <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Adjunt <input type="checkbox"/> Altres <input type="checkbox"/> Farmàcia Hospitalària (Títol Especialista) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cap de Servei <input type="checkbox"/> Adjunt <input type="checkbox"/> F.I.R. <input type="checkbox"/> Altres <input type="checkbox"/> Analistes (Títol Especialista) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tècnic Salut Pública <input type="checkbox"/> Distribució <input type="checkbox"/> Indústria <input type="checkbox"/> Sense Modalitat <input type="checkbox"/> Altres 	<input type="checkbox"/> Alimentació <input type="checkbox"/> Fitoteràpia i Homeopatia <input type="checkbox"/> Atenció Farmacèutica <input type="checkbox"/> Adjunts, substituïts i altres professionals <input type="checkbox"/> Ortopèdia (*) <input type="checkbox"/> Òptica (*) <input type="checkbox"/> Dermofarmàcia <p>(*) Presentar la titulació específica en cas de disposar-ne</p>

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 QUALSEVOL 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 / d' de