

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 carnet
☐ Fotocòpia DNI

- ☐ Títol de Llicenciat/da o Resguard
☐ Núm. Compte Corrent

- ☐ Títol Especialista
(hospitalària, analista...)

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	☐ Alimentació ☐ Fitoteràpia i Homeopatia ☐ Atenció Farmacèutica ☐ Adjunts, substituïts i altres professionals ☐ Ortopèdia (*) ☐ Òptica (*) ☐ Dermofarmàcia
☐ Farmàcia Hospitalària (Títol Especialista) ☐ Cap de Servei ☐ Adjunt ☐ F.I.R. ☐ Altres	(*) Presentar la titulació específica en cas de disposar-ne
☐ Analistes (Títol Especialista)	
☐ Tècnic Salut Pública	
☐ Distribució	
☐ Indústria	
☐ Sense Modalitat	
☐ Altres	

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