

## FICHA COLEGIAL (MODIFICACIÓN)

### DATOS DE COLEGIACIÓN: COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS BURGOS

Nº de Colegiado .....

Alta      Baja      Reingreso      Fecha: ..... / ..... / .....

Doble colegiación  Colegiado en el Colegio de:

Modificación  Datos a modificar:

### DATOS PERSONALES

Nombre y Apellidos ..... DNI: .....

Domicilio: .....

Ciudad: ..... Provincia: ..... Código Postal: .....

E-mail: ..... Telf.: .....

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Sexo: M  H  Nacionalidad: .....

Especialidad: ..... \* Otras Titulaciones:

### DATOS PROFESIONALES (SOLO RELLENAR EN CASO DE ALTA O MODIFICACIÓN)

Modalidad de ejercicio solicitada .....

Empresa / empleador .....

Duración del contrato: Desde ..... Hasta .....

\*CERTIFICADO DIGITAL: NO  SI  EMITIDO: ..... REVOCADO: .....

(\*El certificado está ligado a la colegiación. Al solicitar la baja colegial, el certificado digital será revocado.

### DATOS BANCARIOS PARA DOMICILIACIÓN DE RECIBOS (SOLO RELLENAR EN CASO DE ALTA O MODIFICACIÓN)

Nº de cuenta bancaria (24 dígitos): ES \_

Titular / Pagador: Propio Colegiado  Otro (especificar)

(\* Los recibos se pasan trimestralmente en el número de cuenta indicado.

### DATOS DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL (SOLO RELLENAR EN CASO DE ALTA O MODIFICACIÓN)

Seguro básico de 300.506 €/ siniestro (incluido en la cuota colegial)

Ampliación a: 601.012€ (10,00€/año)  900.000€ (22,00€/año)  1.200.000 € (29,00€/año)

Renuncia al seguro por disponer de él y se adjunta copia

### DOCUMENTACIÓN QUE SE ENTREGA

Título de Licenciado en Farmacia  Resguardo  Otros (especificar):

Contrato de trabajo  Alta en autónomos  Baja en autónomos

Certificado de **baja del último Colegio** o de **doble colegiación**, en su caso

Otros (especificar):

El peticionario MANIFIESTA que los datos entregados son verdaderos y se compromete a mantener informado al Colegio de los cambios en los datos tanto personales como profesionales, disponiendo para ello de un plazo de 15 días naturales a contar de la fecha en que se hay producido el mismo.

Toda comunicación posterior a esa fecha tendrá efectos desde el día de la comunicación a efectos de certificaciones de ejercicio. Así mismo MANIFIESTA carecer de antecedentes que le inhabiliten para el ejercicio profesional.

El peticionario a través de este escrito **SOLICITA:**

- La colegiación en la modalidad de
- La modificación de datos personales
- La baja colegial (**indicar motivo de la baja**)
- La baja en la modalidad de
- La doble colegiación
- El reingreso

El peticionario a través de este escrito **AUTORIZA:**

A que se le giren las cuotas colegiales en la cuenta designada en este escrito y, en su caso, la ampliación del seguro (si se ha optado por ella). En caso de no ser titular de la cuenta se aporta autorización del pagador.

El COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE BURGOS es el responsable del tratamiento de los datos personales del interesado y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fin del tratamiento: Tramitar su alta, permitir el ejercicio de los derechos y obligaciones previstos en los estatutos, gestión y cobro de cuotas, envío de publicaciones e información, elaboración de estadísticas y prestación de servicios colegiales.

Legitimación del tratamiento: Por interés legítimo del responsable, conforme a la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales y demás legislación complementaria, tratándose los datos en el ámbito de sus actividades legítimas y con las debidas garantías.

Criterios de conservación de los datos: se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: se comunicarán los datos a administraciones y organismos públicos para el cumplimiento de obligaciones directamente exigibles a este Colegio.

Derechos que asisten al Interesado: - Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento. – Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento. – Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE BURGOS. CALLE SAGRADA FAMILIA, 10 – 09006 BURGOS (BURGOS) DPO: PLAZA MAYOR Nº 8 1º OFICINA D – [abogados@riskshield.es](mailto:abogados@riskshield.es)

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito o el de su representante legal.

El Interesado consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

NOMBRE ..... con NIF .....

FIRMA:

Igualmente se solicita su consentimiento para:

Fin del tratamiento: mantener una relación comercial mediante el envío de comunicaciones de nuestros acuerdos y convenios.

Criterios de conservación de los datos: se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos.

Comunicación de los datos: está previsto ceder sus datos a entidades aseguradoras.

Derechos que asisten al Interesado:

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento. – Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento. – Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE BURGOS. CALLE SAGRADA FAMILIA, 10 – 09006 BURGOS (BURGOS) DPO: PLAZA MAYOR Nº 8 1º OFICINA D – [abogados@riskshield.es](mailto:abogados@riskshield.es)

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el responsable del tratamiento necesita su consentimiento explícito o el de su representante legal.

El Interesado consiente el tratamiento de sus datos en los términos expuestos:

NOMBRE ..... con NIF .....

FIRMA: