

FARMACIA ASISTENCIAL: Universalización de la Dispensación Activa

Datos de la oficina de farmacia:

Nombre:

1^{er} Apellido:

2^o Apellido:

Dirección de la oficina de farmacia:

.....

Localidad:

Código Postal:Teléfono:

e-mail de contacto:

Colegio Oficial de Farmacéuticos de

Nº colegiado:

Nº de farmacia:

Empresa informática:

Nombre del programa de gestión:

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, doy mi consentimiento para que los datos personales incorporados a esta solicitud, sean tratados en un fichero automatizado y manual, del que es responsable el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, con la finalidad de acceder por parte de la oficina de farmacia al programa farmacológico "Farmacia Asistencial: Universalización de la Dispensación Activa", pudiendo ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante dicho responsable del fichero, en su sede de c/ Santa Engracia, nº 31 – 28010 Madrid.