

DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA EL ALTA DE COLEGIACIÓN

DOCUMENTACIÓN GENERAL

Documentos a cumplimentar:

- Solicitud de incorporación al COFM (alta colegial y declaración de datos).
- Ficha colegial destinada al Consejo General de Colegios Farmacéuticos.
- Orden de domiciliación bancaria para el abono, a favor del COFM, de las cuotas colegiales.
- Título original de Licenciado/a o Graduado/a en Farmacia.
- Certificación supletoria provisional del título, original firmada por el Rector o Vicerrector, en el caso de no tener expedido el Título definitivo.
- En el caso de títulos extranjeros comunitarios y no comunitarios, se aportará el original de la homologación del mismo expedida por el Ministerio de Educación.
- Fotocopia del DNI.
- En el caso de extranjeros comunitarios, se aportará fotocopia de Tarjeta de Residente comunitario o pasaporte o DNI del país de origen, acompañada del original para su compulsión.
- En el caso de extranjeros no comunitarios, fotocopia del pasaporte, acompañada del original para su compulsión.
- Una fotografía modelo DNI.
- Si procede de otro Colegio de Farmacéuticos, certificado de la modalidad en la que se encuentra inscrito o, en su caso, certificado de baja.

COLEGIACIÓN EN OFICINA DE FARMACIA

Además de la documentación general, según los casos, se aportará la siguiente documentación:

Farmacéuticos titulares de oficina de farmacia

Apertura de nueva oficina de farmacia. ⁽¹⁾

- Resolución de autorización de instalación otorgada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (original y copia).

Adquisición de oficina de farmacia en su totalidad o una parte indivisa, por transmisión, donación, reconocimiento de titularidad por herencia, etc. ⁽¹⁾

(La documentación podrá ser aportada por cualquiera de las dos partes intervinientes: transmitente o adquirente)

- Resolución de la autorización pertinente dictada por la Dirección General competente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid o, en caso de que esta no se haya recibido, fotocopia de la solicitud formulada ante dicha Administración y debidamente registrada.
- Copia íntegra de la Escritura Pública de compraventa, transmisión, donación o cesión de la oficina de farmacia que se transmite.
- Copia íntegra del título que acredite la disponibilidad jurídica del local/es que ocupa la farmacia a favor del o de los adquirentes de la misma.

Farmacéuticos regentes, sustitutos o adjuntos.

- **Para farmacéutico Regente:** escrito de designación por los herederos del farmacéutico fallecido, o representante legal del farmacéutico incapacitado; o por el farmacéutico jubilado, en todo caso con el sello de la oficina de farmacia (original firmado y sellado).



- **Para farmacéutico Sustituto:** escrito de designación por el farmacéutico titular propietario de la farmacia; en caso de copropiedad, por el copropietario que va a ser sustituido; y en caso de sustitución del Regente, escrito de designación del Regente con el consentimiento de los herederos o representante legal del farmacéutico incapacitado; o farmacéutico jubilado (original firmado y sellado).
- **Para farmacéutico Adjunto:** escrito de designación por el/los Farmacéutico/s titular/es de la farmacia, o por el Regente con conocimiento de los herederos, del representante legal del farmacéutico incapacitado, o del farmacéutico jubilado (original firmado y sellado).

En todos los casos anteriores copia de escrito de designación formulada ante la Consejería de Sanidad, debidamente registrado.

En los casos de sustitución y regencia acreditación de la causa de designación.

COLEGIACIÓN PARA EJERCICIO PROFESIONAL EN OTRAS MODALIDADES DE ACTIVIDAD PROFESIONAL, DISTINTA DE OFICINA DE FARMACIA

Además de la documentación general, según los casos, se aportara la siguiente:

Por cuenta ajena:

- Nombramiento original del representante legal de la entidad que realiza la contratación del farmacéutico solicitante, debidamente cumplimentado.
- Documentación acreditativa de ejercicio en la modalidad/actividad de que se trate, en caso de que no quede suficientemente acreditada con el citado nombramiento.
- Título original de Especialista, en el caso de que el ejercicio profesional así lo requiera.

Por cuenta propia. ⁽¹⁾

- Documentación acreditativa de ejercicio en la modalidad de que se trate.
- Título de Especialista, en el caso de que el ejercicio profesional así lo requiera.

CUOTA DE INCORPORACIÓN

CUOTA DE INCORPORACIÓN20 euros

La cuota de incorporación, junto con la cuota de colegiación del primer mes, se cargará en la cuenta bancaria por Ud. facilitada una vez que la colegiación sea efectiva.

CUOTAS MENSUALES

		CUOTA DE COLEGIADO	CUOTA DEL CONSEJO GRAL.	TOTAL
SIN EJERCICIO O FIR		11,50	8,31	19,81
SIN EJERCICIO ⁽²⁾	Desempleo y terminación de carrera menos de 4 años	9,00	2,05	11,05
	Desempleo y más de 5 años de colegiación	9,00	8,31	17,31
EJERCIENTES OTRAS MODALIDADES		15,00	8,31	23,31
TITULAR DE OFICINA DE FARMACIA		20,00	8,31	28,31

Carnet de colegiado no electrónico: 1 euro

Los certificados de ejercicio profesional que se soliciten tendrán un coste de 5 euros por certificado, más gastos de envío en su caso.

⁽¹⁾ Se recuerda la obligación de darse de alta en el Régimen Especial de Autónomos de la Seguridad Social para cualquier modalidad de ejercicio de la profesión cuando se realice por cuenta propia.

⁽²⁾ Se acreditará la situación de desempleo mediante comprobante del Servicio Público de Empleo (SEPE) (Antiguo INEM).



**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL COFM
(ALTA COLEGIAL Y DECLARACIÓN DE DATOS)**

(En mayúsculas, nombre y apellidos).....
mayor de edad, y cuyos datos se hacen valer a continuación, **EXPONE:**

Que se halla en posesión del Título de Licenciado/a - Graduado/a en Farmacia y manifiesta que no está incurso/a en causa de incapacitación, ni inhabilitado/a o suspendido/a para el ejercicio de la profesión, ni ha sido expulsado/a de otro Colegio de Farmacéuticos sin posterior rehabilitación, por lo que **SOLICITA:**

Su admisión y consiguiente inscripción en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid como

EJERCIENTE **NO EJERCIENTE**

En calidad de (cumplimentar en el caso de colegiación como ejerciente):
.....
.....

(INDICAR MODALIDAD / ACTIVIDAD DE EJERCICIO)

En (cumplimentar en el caso de colegiación como ejerciente):
.....
.....

(INDICAR ESTABLECIMIENTO SANITARIO / EMPRESA, Y DIRECCIÓN)

Conforme a lo solicitado se acompaña la documentación necesaria para ello¹, efectuando quien suscribe la siguiente declaración de datos al efecto:

DATOS PERSONALES (Cumplimentar en cualquier caso).

Nacionalidad:..... **D.N.I.** (o equivalente):

Sexo: Mujer Hombre

Fecha de nacimiento:/...../..... **Lugar:**

Domicilio² (calle/avenida/plaza):.....

Número: **Piso/puerta:** **Municipio:**

Provincia:..... **C.P.:**

Teléfono fijo²: **Teléfono móvil**²:

Correo electrónico² (todo en mayúsculas):

¹ Dependiendo de la modalidad / actividad profesional para la que se solicite la colegiación, **recuerde que deberá aportarse, según el caso que proceda, la documentación que se detalla en la página web del Colegio <https://www.cofm.es/es/colegiacion/>**

² Declaración voluntaria para ejercientes. Obligatorio para colegiados sin ejercicio.





DATOS ACADÉMICOS (Cumplimentar en cualquier caso).

Fecha de terminación de la Licenciatura/Grado en Farmacia (mes/año):/...../.....

Fecha del Título de Licenciado/Graduado en Farmacia:/...../.....

Fecha de Certificación Supletoria del Título:/...../.....

Fecha de la Homologación del Título (en el caso de extranjeros):/...../.....

Título/s de Especialista en:

Fecha del/de los Títulos de Especialista (en su caso, respectivamente):/...../..... ;
...../...../.....

DATOS PROFESIONALES (Cumplimentar en el caso de colegiación como ejerciente).

Establecimiento sanitario / Empresa:

.....

Identificación de la oficina de farmacia³ : M --F.

Dirección profesional (calle/avenida/plaza):

.....

Municipio: Provincia: C.P.:

Teléfono fijo: Teléfono móvil:

Correo electrónico (todo en mayúsculas):

¿Realiza otra/s actividad/es como profesional Farmacéutico/a distinta/s de la que es objeto de colegiación?:

NO Sí (especificar cuál/es y dónde):

.....

DATOS COLEGIALES (Cumplimentar en cualquier caso).

¿Ha pertenecido anteriormente a este Colegio?: NO Sí

¿Procede de otro Colegio de Farmacéuticos?: NO Sí (indique cuál)

.....

Si solicita la doble colegiación voluntaria, indique en qué Colegio se halla colegiado:

.....

³ Sólo en el caso de ejercicio profesional en oficina de farmacia.



Las comunicaciones de carácter general del COFM se realizarán únicamente a través de la página web (www.cofm.es) y del correo electrónico por Ud. indicado en este formulario.

Para recibir la correspondencia personal que, en su caso, el COFM tuviera que remitirle de manera puntual, marque a continuación dónde desea recibirla:

e-mail profesional Dirección profesional e-mail particular Dirección particular

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que los datos de carácter personal proporcionados serán incluidos en un fichero titularidad del COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE MADRID, debidamente registrado en la Agencia Española de Protección de Datos y que tiene por finalidad la prestación del servicio gestión de datos personales y profesionales de colegiados a efectos de las funciones legal y estatutariamente atribuidas al Colegio.

Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiéndose a la sede de la Corporación, sita en Calle Santa Engracia nº 31, 28010 de Madrid, o al correo electrónico siguiente: cofm@cofm.es.

Los datos proporcionados podrán ser facilitados al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, así como a las Administraciones Públicas y Compañías Aseguradoras, en su caso. Así mismo, le comunicamos que sus datos serán tratados con la confidencialidad exigida en la normativa en materia de protección de datos y con las medidas de seguridad exigidas en la misma.

Mediante el presente documento se cumple con el deber de información legal exigido por la normativa de protección de datos y con su firma otorga su consentimiento para el tratamiento de sus datos con los fines arriba previstos.

No deseo que mis datos puedan ser utilizados para fines de publicidad o prospección comercial por parte de terceras empresas.

Declaro que todos los datos que figuran en la presente solicitud son ciertos y puestos al día, asumiendo en caso contrario las responsabilidades que pudieran derivarse de su falsedad o inexactitud.

En Madrid, a de de 20.....

Firmado (*firma completa*)

Sr. Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid



Nota: antes de cumplimentar los datos que figuran en este impreso, lea detenidamente las instrucciones al final del formulario

FICHA COLEGIAL

Base de Datos de Colegiados Farmacéuticos

DATOS DE COLEGIACIÓN

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid Código _____

Alta ___/___/___ Fecha ___/___/___

Baja 1 ___ 2 ___ 3 ___ Fecha ___/___/___

Modificación 4 ___ 5 ___ 6 ___ Fecha ___/___/___

Nº de colegiado _____ Nº de oficina de Farmacia (antiguo S.O.E.) _____

DATOS PERSONALES/PROFESIONALES (*)

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Nombre: _____ DNI o NIF: _____

(1) Tipo de vía: ___ Nombre de vía _____ núm: ___ Piso: ___ Prta: ___

Municipio: _____ Provincia: _____ C. Postal: _____

(**) Teléfono _____ (**) Fax: _____ (**) C. electrónico _____

(**) Fecha de nacimiento ___/___/___ Fecha expedición título ___/___/___

(**) Sexo: Hombre ___ Mujer ___

(*) Los envíos postales y demás comunicaciones se remitirán a la dirección aquí indicada

(**) Estos datos no tienen carácter obligatorio

MODALIDADES DE EJERCICIO PROFESIONAL EN LA ACTUALIDAD (Señalar todas las que se ejerzan)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1) Oficina de Farmacia: titular único | <input type="checkbox"/> 12) Establecimientos dispensadores de medicamentos de uso animal |
| <input type="checkbox"/> 2) Oficina de Farmacia: copropiedad | <input type="checkbox"/> 13) Alimentación |
| <input type="checkbox"/> 3) Adjunto | <input type="checkbox"/> 14) Industria |
| <input type="checkbox"/> 4) Sustituto | <input type="checkbox"/> 15) Distribución |
| <input type="checkbox"/> 5) Regente | <input type="checkbox"/> 16) Investigación y Docencia |
| <input type="checkbox"/> 6) I.F. Municipal y/o, en su caso, al servicio de las Administraciones Públicas | <input type="checkbox"/> 17) Fuerzas Armadas |
| <input type="checkbox"/> 7) Análisis Clínicos | <input type="checkbox"/> 18) Otras Actividades |
| <input type="checkbox"/> 8) Farmacia Hospitalaria | <input type="checkbox"/> 19) Jubilados |
| <input type="checkbox"/> 9) Óptica Oftálmica, Optometría y Acústica Audiométrica | <input type="checkbox"/> 20) Parados |
| <input type="checkbox"/> 10) Dermofarmacia | <input type="checkbox"/> 21) Otras causas |
| <input type="checkbox"/> 11) Ortopedia | |
- } Sin ejercicio

COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS A LOS QUE HA PERTENECIDO ANTERIORMENTE

Colegio Oficial de Farmacéuticos _____ desde mes ___ de _____, hasta mes ___ de _____

Colegio Oficial de Farmacéuticos _____ desde mes ___ de _____, hasta mes ___ de _____

Colegio Oficial de Farmacéuticos _____ desde mes ___ de _____, hasta mes ___ de _____

Firma del Colegiado

Los datos contenidos en la presente ficha se incorporarán a un fichero automatizado creado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos a los fines propios del mismo, como el envío de la revista "Farmacéuticos", difusión sobre publicaciones propias, congresos y cursos. Los datos se encuentran sometidos a lo dispuesto en la Ley orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en particular a lo dispuesto en sus arts. 3º y 28, reguladores de datos incluidos en las fuentes de acceso público.

En caso de no autorizar la cesión de los presentes datos a empresas e instituciones relacionadas con el sector farmacéutico, tales como laboratorios de especialidades farmacéuticas y parafarmacia, entidades de distribución, editoriales, empresas de informática, organizadores de congresos, entidades financieras y aseguradoras, proveedores de Internet y operadores de telecomunicaciones, y en general, aquellas que ofrezcan información relacionada con la actividad profesional, rogamos se dirijan en este sentido a este Consejo General en un plazo de diez días.

INSTRUCCIONES

- a) Utilice una casilla para cada letra o número. Marque con una X el dato correcto, en los casos en que esto sea posible.
- b) Rellene todos V cada uno de los datos solicitados, siendo imprescindible el DNI y el número de Oficina de Farmacia (antiguo S.O.E.), si es propietario de Oficina de Farmacia.
- c) Cuando comunique un ALTA indique la modalidad de su ejercicio profesional, señalando con una X todas aquellas casillas que correspondan en el cuadro impreso.
- d) Cuando comunique una BAJA, deberá rellenar sus datos de identificación, así como indicar el motivo por el cual causa baja, y lo marcará con una X en el cuadro que corresponda.
- 1 = Petición propia
 - 2 = Traslado de C.O.F.
 - 3 = Fallecimiento
- e) Cuando comunique una MODIFICACION deberá indicar el motivo marcando con una X el cuadro que corresponda.
- 4 = Cambio de domicilio
 - 5 = Cambio de modalidad profesional
 - 6 = Otras causas
- De igual modo, si se produce un cambio de modalidad en el ejercicio profesional, deberá indicado, marcando con una X la modalidad que corresponda, en el cuadro impreso.
- f) Ajuste los números siempre por la derecha. Ejemplo: si debe indicar la fecha 3 de febrero de 1999, se marcará así: 03 02 1999

(1) Tipo de vía

AD	Aldea	CM	Camino	PB	Poblado
AE	Aeropuerto	CO	Colonia	PG	Polígono
AL	Alameda	CR	Carretera	PI	Polígono industrial
AP	Apartamento	CS	Caserío	PJ	Pasaje
AT	Autopista	CT	Cuesta	PQ	Parque
AU	Autovía	ED	Edificio	PR	Prolongación
AV	Avenida	GL	Glorieta	PS	Paseo
BD	Barriada	GR	Grupo	PZ	Plaza
BL	Bloque	GV	Gran vía	RB	Rambla
BO	Barrio	LG	lugar	RD	Ronda
CE	Centro comercial	MC	Mercado	SD	Subida
CH	Chalet	MN	Municipio	TR	Travesía
CJ	Callejón	MZ	Manzana	UR	Urbanización
CL	Calle	OT	Otros conceptos		

Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA

(A) A cumplimentar por el acreedor	Referencia de la orden de domiciliación:
	Identificador del acreedor: Q2866011F
	Nombre del acreedor: Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid
	Dirección: Santa Engracia, 31 - Código postal: 28010 - Población: Madrid
	Provincia: Madrid - País España

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Como parte de sus derechos, el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso deberá efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

(B) A cumplimentar por el deudor	Nombre del deudor: _____
	DNI: _____ Nº Colegiado _____
	Dirección del deudor: _____
	Código postal: _____ Población: _____
	Provincia: _____ País del deudor: _____
	Swift BIC: _____
	Número de cuenta - IBAN E S _____
	Tipo de pago: <input type="checkbox"/> Pago Recurrente ó <input type="checkbox"/> Pago único
	Fecha : _____ - Localidad : _____
	Firma del deudor: _____

TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.

UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, el titular/es de los datos que se han facilitado en este documento queda/n informado/s y presta/n su consentimiento para que el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (en adelante, el COFM), en calidad de responsable del tratamiento, incorpore y trate sus datos personales así como el resto de los que facilite. La finalidad es permitir realizar las actividades propias del COFM. El/los titular/es de los datos podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante comunicación dirigida a este Colegio, sita en la C/ Santa Engracia nº 31, 28010 de Madrid o a la dirección de correo electrónico cofm@cofm.es. Asimismo, el/los titular/es declara/n que los datos y cuantas manifestaciones han formulado en este documento son veraces y exactos. COFM se exime de cualquier responsabilidad derivada de la falsedad e inexactitud de los mismos.

DECLARACIÓN DE INACTIVIDAD PROFESIONAL

D./D^a

D.N.I./Pasaporte/NIE

a los efectos de mi solicitud de colegiación formulada para constar como colegiado/a sin ejercicio:

DECLARO bajo mi responsabilidad ante el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid que no realizo actividad o actividades profesionales, ni por cuenta propia ni ajena, para las que me capacita la titulación de la Licenciatura / Grado en Farmacia, ni las realizaré mientras permanezca en la situación colegial de sin ejercicio.

Madrid, de de 20.....

Firmado (*firma completa*):