



Formulario de solicitud de información (Ley 19/2013)

- Le recordamos que los campos marcados con asterisco (*) son obligatorios de cumplimentar.

1. IDENTIFICACION DEL/DE LA INTERESADO/A

Primer apellido (*):

Segundo apellido (*):

Nombre/Razón social (*):

NIF/NIE (*):

Teléfono (*):

Correo electrónico (*):

Declaración a efectos de notificación: Las comunicaciones y notificaciones relacionadas con su solicitud de información que le enviará el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid se realizarán por medio de correo electrónico.

Si prefiere recibirlo por correo postal en la dirección que nos indique, rellene los siguientes datos:

Dirección (*):

Municipio (*):

Provincial (*):

Código postal (*):

Si actúa en representación de otra persona o tercero, por favor, especifique:

PERSONA FÍSICA

Nombre y apellidos:

NIF:

PERSONA JURÍDICA

Razón social:

CIF:

2. SOLICITUD DE INFORMACIÓN

A continuación, puede exponer brevemente el contenido de su solicitud

3. DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

Si desea incluir algún documento, por favor indique cuál.

4. INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable: COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE MADRID (COFM).

Finalidad: Analizar su solicitud y, si corresponde, facilitarle el acceso a la información pública requerida.

Derechos: Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la Información adicional.

Información adicional: Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra Política de Privacidad y Registro de Actividades accesibles en: <https://www.cofm.es/es/aviso-legal/>.

Por la presente,

DECLARO bajo mi responsabilidad que la información proporcionada en este formulario es veraz y verificable.

En, a de de