

## **DOCUMENTACION PRECEPTIVA PARA ALTA DE COLEGIACION**

D<sup>a</sup>/D. \_\_\_\_\_, farmacéutica/o,  
presenta la siguiente documentación:

- Instancia dirigida al Ilmo. Sr. Presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia.
- Copia del Título Profesional Universitario, Orden Supletoria o Certificado Supletorio provisional, siempre y cuando esté adverbada por Notario o se presenten los originales ante el Secretario de esta Corporación Profesional para su compulsación.
- Certificación académica personal
- Rellenar ficha profesional para el Colegio (al dorso de la instancia)
- Rellenar ficha profesional para el Consejo General
- Fotocopia del D.N.I compulsada o aportando original para su compulsación por el Secretario del Colegio.
- Abonar la cantidad de 212 Euros (Cuota de Inscripción) pudiendo fraccionar el pago en dos veces, con un intervalo de tres meses.

Caso de proceder de otra Provincia donde se haya estado colegiado deberá presentarse la correspondiente certificación original de baja de colegiación del Colegio de Farmacéuticos de procedencia, y acreditativa de encontrarse al corriente en el pago de cuotas de dicho Colegio.

En el supuesto de que Vd. Se encuentre en paro, y no tenga intención de ejercer la profesión de forma inmediata, podrá presentar la Vida Laboral de la Tesorería General de la Seguridad Social cada tres meses, teniendo así derecho a reducciones de cuotas colegiales y del Consejo General.

Le informo que conforme a lo establecido en el art. 54 de los Estatutos Colegiales, debe Vd. comunicar a este colegio los cambios de domicilio, las variaciones en su ejercicio profesional, así como cualquier otra variación de tipo burocrático o administrativo que pueda repercutir en su situación colegial. En cumplimiento de lo que se dispone en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia, le informa que los datos de carácter personal que nos proporcione rellenando el formulario de registro que aparece en esta página se recogerán en ficheros cuyo responsable es el Colegio de Farmacéuticos de la Región de Murcia con la finalidad de darle de alta en esta corporación.

En virtud de lo dispuesto en el artículo 15 y siguientes de la LOPD y en los términos que indica su Reglamento de desarrollo aprobado por Real Decreto 172072007, de 21 de diciembre, en cualquier momento el titular de los datos personales podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia ante el que se puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición<sup>1</sup>].

El hecho que no introduzca los datos de carácter personal que aparecen en el formulario de inscripción como obligatorios podrá tener como consecuencia que el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia no pueda atender su solicitud. Asimismo, usted reconoce que la información y los datos personales recogidos son exactos y veraces. Por tal razón le pedimos que comunique inmediatamente cualquier modificación de sus datos de carácter personal para que la información que contienen nuestros ficheros esté siempre actualizada y no contenga errores.

He leído la anterior información.

Fdo. \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> En el caso de que se proporcione una dirección de correo electrónico, esta deberá acompañarse de una dirección postal

**ILTMO. SR.**

D./Da. \_\_\_\_\_  
Farmacéutico/a, mayor de edad, con **domicilio personal** en la localidad de \_\_\_\_\_,  
Provincia de \_\_\_\_\_, calle \_\_\_\_\_  
número \_\_\_\_\_, Esc. \_\_, piso \_\_\_\_\_. Código Postal \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_,  
Fax \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_  
y con **domicilio profesional** en la localidad de \_\_\_\_\_, Provincia de \_\_\_\_\_,  
calle \_\_\_\_\_ número \_\_\_\_\_, Esc. \_\_\_\_, piso \_\_\_\_\_.  
Código Postal \_\_\_\_\_, Teléfono \_\_\_\_\_, Fax \_\_\_\_\_, N.I.F \_\_\_\_\_,  
ante V.I. comparece y respetuosamente,

**EXPONE**

Que estando en posesión del título de Licenciado en Farmacia y deseando causar alta como colegiado en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia:

- Presenta la siguiente documentación:

- 1.- Título, Orden Supletoria, o Certificación Supletoria provisional SI
- 2.- Certificación Académica Personal SI
- 3.- Ficha profesional para el Colegio SI  (Dorso Instancia)
- 4.- Ficha profesional para el Consejo SI
- 5.- D.N.I. SI  NO
- 6.- Caso de proceder de otro Colegio, Certificado acreditativo de estar al corriente en el pago de cuotas SI  NO
- 7.- Vida Laboral de la Tesorería General de la Seguridad Social SI  NO
- 8.- Abona la cantidad de \_\_\_\_\_ Euros. SI  NO  fracciona el pago.
- 9.- Cuenta bancaria donde deben cargar los próximos recibos de cuotas mensuales del Colegio y Consejo y el segundo plazo, en el caso de pago fraccionado, del alta de colegiación

IBAN C.C.C. ES \_\_\_\_\_ (24 dígitos).

CODIGO BIC DE LA ENTIDAD \_\_\_\_\_ (11 dígitos).

10.- Autorizo la aparición de mi nombre y apellidos así como mi número de colegiación en la página Web del COFRM SI  NO

11.- Autorizo al COFRM a que use mis datos personales en su base de datos y que ceda los mismos a terceros para recibir informaciones de interés profesional y otras ofertas. SI  NO

- He sido informado de todos los servicios que me presta el COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA como colegiado y se me ha presentado al personal y enseñado las instalaciones.

**SOLICITA**

1.- Servicio de **RAF** (Red de Alerta Farmacéutica) SI  NO  siendo mi número de teléfono móvil \_\_\_\_\_ de la compañía \_\_\_\_\_

En su virtud, SUPLICA a V.I. que, previos los trámites reglamentarios se me conceda el alta como colegiado/a en ese Colegio, comprometiéndome a respetar lo establecido en los Estatutos Colegiales y demás normas de obligado cumplimiento.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

(firma y rúbrica)

**FICHA PROFESIONAL DEL C.O.F MURCIA**

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD DONDE FINALIZÓ LA CARRERA \_\_\_\_\_

FECHA TERMINACIÓN CARRERA \_\_\_\_\_

A) COLEGIOS EN LOS QUE HA ESTADO ANTERIORMENTE:

1.- \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

4.- \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

B) MODALIDADES DE EJERCICIO ANTERIORES:

1.- \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

4.- \_\_\_\_\_ desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_

C) TÍTULOS DE ESPECIALIZACIÓN

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

3.- \_\_\_\_\_

D) TÍTULOS DE DOCTOR

1.- \_\_\_\_\_

2.- \_\_\_\_\_

E) ¿DESEA FORMAR PARTE DE LA BOLSA DE TRABAJO?

**ALTA COMO COLEGIADO EN JUNTA DE GOBIERNO DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE LA REGIÓN DE MURCIA DEL DÍA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ DE 20\_\_**

Supeditada al día \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Firma del Sr. Secretario

NÚMERO COLEGIADO: \_\_\_\_\_

# FICHA COLEGIAL

Base de Datos de Colegiados Farmacéuticos

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

## DATOS DE COLEGIACION

Colegio Oficial de Farmacéuticos de \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ Num: \_\_\_\_\_ 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"/> 14) Industria                             |
| <input type="checkbox"/> 2) Oficina de Farmacia: copropiedad   | <input type="checkbox"/> 15) Distribución                          |
| <input type="checkbox"/> 3) Adjunto  | <input type="checkbox"/> 16) Investigación y Docencia              |
| <input type="checkbox"/> 4) Sustituto  | <input type="checkbox"/> 17) Fuerzas Armadas                       |
| <input type="checkbox"/> 5) Regente  | <input type="checkbox"/> 18) Otras actividades                     |
| <input type="checkbox"/> 6) I.F. Municipal y/o, en su caso, al servicio de las Administraciones Públicas | <input type="checkbox"/> 19) Jubilados ( <b>sin ejercicio</b> )    |
| <input type="checkbox"/> 7) Análisis Clínico   | <input type="checkbox"/> 20) Parados ( <b>sin ejercicio</b> )      |
| <input type="checkbox"/> 8) Farmacia Hospitalaria  | <input type="checkbox"/> 21) Otras causas ( <b>sin ejercicio</b> ) |
| <input type="checkbox"/> 9) óptica Oftalmológica, Optometría y Acústica Audiométrica                     |  |
| <input type="checkbox"/> 10) Dermofarmacia   |  |
| <input type="checkbox"/> 11) Ortopedia   |  |
| <input type="checkbox"/> 12) Establecimiento dispensadores de medicamentos de uso animal                 |  |
| <input type="checkbox"/> 13) Alimentación  |  |

**COLEGIO OFICIALES DE FARMACEUTICOS A LOS 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**

**Sello del Colegio**

---

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 curso. 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. 31 y 28, reguladores de datos incluidos en las fuentes de accesos públicos.

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 informáticas, 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 éste sentido a este Consejo General en un plazo de diez días.

---

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. C/ Villanueva, 11, 6º-Teléfono 91 431 25 60- 28001 Madrid-Fax: 91 576 39 05-C.ELECTRONICO: [congranedfarma.org](http://congranedfarma.org)

**EJEMPLAR PARA EL CONSEJO GENERAL**



## BOLETIN A REMITIR AL COLEGIO

D./ña \_\_\_\_\_

SOLICITO RECIBIR TODA LA INFORMACIÓN A TRAVÉS DEL SIGUIENTE SISTEMA: (MARCAR CON X LO QUE PROCEDA)

A través de la intranet del Colegio, para lo cual tengo instalado Lotus Notes

A través de mensajes a mi dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_, con acceso a la página web del Colegio,

NO dispongo de clave de acceso a la página web del Colegio y deseo recibirla.

SI dispongo de clave de acceso a la página web del Colegio.

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**firma y sello**

**RECUERDA LAS CONDICIONES DE ESTE SISTEMA DE CUOTA POR EL CUAL ESTAS OPTANDO.**

**DESDE FINALES DE JUNIO RECIBIRAS LA INFORMACIÓN MEDIANTE EL SIGUIENTE SISTEMA:**

**POR CORREO ELECTRÓNICO RECIBIRAS UN MENSAJE CON AVISO DE QUE SE HA PUBLICADO:**

- Circular, Información Profesional otras informaciones de interés
- Citaciones de Junta General y reuniones.
- Invitaciones a charlas, conferencias y actos colegiales.
- Fichas del CIM en formato electrónico
- Y demás documentación que sea susceptible de enviar por correo electrónico u obtener de la web colegial o de la intranet del Colegio.

#### **¿QUÉ RECIBIRAS EN PAPEL?**

- ◆ Memoria del COF en CD ROM.
  - ◆ El boletín INFORMA.
- ◆ Y cualquier otra información que no sea susceptible de ser obtenida de la web o intranet del COF a través de su conexión remota.

#### **¿ QUE BENEFICIOS TE APORTA ESTE SISTEMA?**

- Información inmediata.
- Reducción de la Cuota General.

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Farmacéutico/a, mayor de edad, con domicilio en \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_, ante V.I. comparece y respetuosamente,

## **DECLARO:**

Que habiendo presentado solicitud de alta de colegiación y la documentación preceptiva para ello, y habiendo abonado el primer plazo de la cuota de ingreso como colegiado en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia, por el presente **ME COMPROMETO FORMALMENTE** al pago del segundo de la citada cuota de ingreso, dentro del término de tres meses desde la firma de la presente, tal y como está establecido en dicho Colegio.

Caso de no realizar dicho pago, el Colegio tendría derecho a la reclamación del mismo, quedando sometidos a los jueces y tribunales sitos en Murcia, renunciando por este escrito a cualquier otro fuero que pudiera corresponder

MURCIA, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma:

**Ilma. Sra. Presidenta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia**  
**Región de Murcia**  
C/ Jaime I el Conquistador, n<sup>o</sup> 1  
30008-MURCIA