

DOCUMENTACION PRECEPTIVA PARA ALTA DE COLEGIACION

D^a/D. _____, farmacéutica/o,
presenta la siguiente documentación:

- Instancia dirigida a la Excm. Sra. Presidenta 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 195 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 oposición¹].

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. _____

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

A LA EXCMA. SRA. PRESIDENTA DEL COLEGIO OF. DE FARMACEUTICOS DE MURCIA

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 Grado o 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.- Deseo SI NO adherirme al seguro con Previsión Sanitaria Nacional (PSN), denominado PSN Joven, para nuevos colegiados menores de 35 años, financiado por el Colegio durante el primer año. SI NO firmo los formularios preceptivos de PSN.

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__

NÚMERO COLEGIADO: _____