NOMBRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ APELLIDOS \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NATURAL DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOMICILIO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ POBLACIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C. POSTAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROVINCIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONO(1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONO(2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TITULO UNIVERSIDAD DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA TÍTULO/RESGUARDO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ REGISTRADO EN Folio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LIBRO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**EXPONE:**

Que se halla en posesión del **Título de Licenciado/a ó Grado en Farmacia** y declara 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 Navarra como \_\_\_FARMACEUTICO/A\_\_\_\_en la modalidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ SIN Ejercicio □ Con Ejercicio-CENTRO DE TRABAJO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Desde la Fecha \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a cuyo efecto acompaña la siguiente documentación:

□ Titulo / Resguardo (táchese lo que no proceda) □ 2 fotografías □ Fotocopia DNI

**AUTORIZA EL COBRO DE LAS CUOTAS COLEGIALES A TRAVES DE**:

□ DESCUENTO DEL SEGURO (NUMERO DE FARMACIA) \_\_\_NA - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ DOMICILIACIÓN BANCARIA ( Nº CUENTA BANCARIA)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **E** | **S** |  |  | **\_\_\_** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

En Pamplona, a \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_

Firma del solicitante:

*En cumplimiento de la LO 3/2018 de Protección de Datos y del Reglamento (UE) 2016/679 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos le informamos que sus datos pasarán a formar parte la base de datos del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Navarra, navas de Tolosa 19, 31002 Pamplona (Navarra) cuyas finalidades son las derivadas de la gestión colegial recogidas en los estatutos del Colegio (Gestión de altas, bajas, gestión de cuotas colegiales, control de títulos, ejercicio profesional, acreditaciones de habilitación profesional, incompatibilidades, convocatoria de formaciones, emisión de certificados solicitados, entre otros), así como la gestión de tipo administrativa necesaria y/o derivada de dichos servicios. Los datos aquí solicitados tienen carácter obligatorio y se solicitan a fin de tramitar su solicitud. Para más información consultar documento de consentimiento expreso.*