

D/ Dña. ……………………………………………………………………………….

Colegiado/a …………………. solicita al Colegio Oficial de Farmacéuticos de

Navarra, como autoridad de registro, la gestión y mantenimiento del certificado

de firma digital.

**COBRO CUOTAS DEL CERTIFICADO DE FIRMA DIGITAL**

🞎 DTO. DEL SEGURO (Nº SOE…NA-….…)

🞎 DOMICILIACIÓN BANCARIA

Fdo……………………………

Pamplona a ……….. de…………………..de 2023

**La emisión del certificado digital es de 8 €uros**

**La cuota de mantenimiento será anual, incluyendo los meses desde la solicitud hasta la finalización del año natural, y renovándose nuevamente el primer mes del año siguiente es de 22 €uros/año**