

## SOLICITUD DE CAMBIO DE CUOTA COLEGIAL

Nombre:	Apellidos:	
NIF/NIE:	Número de colegiado/a:	
EXPONGO:		
<u> </u>	cambiar la modalidad de m tivo solicito el cambio de Cuota	
☐ Cuota Ejerciente.		
☐ Cuota sin ejercicio.		
profesión con posterioridad obligación de abonar al CO importes de cuotas correspo profesional que se esté des	omunicación de cambio de situa al inicio de la actividad laboral fa DFNA el importe correspondient ondiente a la modalidad que cor empeñando, así como el import gularización de cuotas abonadas	armacéutica, se estará en la e a la regularización de los responda según el ejercicio te de 3€/mes de retraso, en
del Colegiado, Art. 49 será	egio Oficial de Farmacéuticos er deber del colegiado "i) Comunio ático o administrativo que pued	car puntualmente al Colegio
en Capítulo XI del régimen d	que según los Estatutos del Cole disciplinario, Art 68 se considera cuando se produzca variación bren en la misma".	ará falta leve "g) No solicitar
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.