

D/ Dña.: como titular de la oficina de
farmacia N°

Solicita el **ALTA** en el Seguro de **RESPONSABILIDAD CIVIL (30€ persona/año)** ☐
☐ **COBRO SEGURO RC FARMACIA**
☐ **COBRO SEGURO RC COLEGIADO**

desde la fecha de la presente notificación a las siguientes personas:

| | | |
|--------|------------|-----------------------|
| 1..... | D.N.I..... | Fecha Nacimiento..... |
| 2..... | D.N.I..... | Fecha Nacimiento..... |
| 3..... | D.N.I..... | Fecha Nacimiento..... |

Solicita el **ALTA** en el Seguro de **ACCIDENTES (16€ persona/año)** ☐

desde la fecha de la presente notificación a las siguientes personas:

| | | |
|--------|------------|-----------------------|
| 1..... | D.N.I..... | Fecha Nacimiento..... |
| 2..... | D.N.I..... | Fecha Nacimiento..... |
| 3..... | D.N.I..... | Fecha Nacimiento..... |

Si la persona contratada, no es licenciado o grado en Farmacia, cumplimentar EL ALTA EN ACCIDENTES y marcar la casilla correspondiente a la modalidad profesional:

| | | |
|--|---|-----------------------|
| 1..... | D.N.I..... | Fecha Nacimiento..... |
| <input type="checkbox"/> Técnico en Farmacia | <input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmacia | |
| 2..... | D.N.I..... | Fecha Nacimiento..... |
| <input type="checkbox"/> Técnico en Farmacia | <input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmacia | |
| 3..... | D.N.I..... | Fecha Nacimiento..... |
| <input type="checkbox"/> Técnico en Farmacia | <input type="checkbox"/> Auxiliar de Farmacia | |

Solicita la **BAJA** en el Seguro de **RESPONSABILIDAD CIVIL** ☐

| | | |
|--------|------------|-----------------------|
| 1..... | D.N.I..... | Fecha Nacimiento..... |
| 2..... | D.N.I..... | Fecha Nacimiento..... |
| 3..... | D.N.I..... | Fecha Nacimiento..... |

Solicita la **BAJA** **ACCIDENTES** ☐

| | | |
|--------|------------|-----------------------|
| 1..... | D.N.I..... | Fecha Nacimiento..... |
| 2..... | D.N.I..... | Fecha Nacimiento..... |
| 3..... | D.N.I..... | Fecha Nacimiento..... |

Firmado.....

Pamplona a de de 202...

(el alta se renueva automáticamente cada año si no hay aviso de baja)

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