



FICHA COLEGIAL

Base de Datos de Colegiados Farmacéuticos

Nota: antes de cumplimentar los datos que figuran en este impreso, lea detenidamente las instrucciones al dorso

DATOS DE COLEGIACIÓN

Colegio Oficial de Farmacéuticos de _____ Código **34**

Alta Fecha ____/____/____

Baja 1 2 3 Fecha ____/____/____

Modificación 4 5 6 Fecha ____/____/____

Nº de colegiado _____ Nº de Oficina de Farmacia (antiguo S.O.E.) _____

DATOS PERSONALES/PROFESIONALES (*)

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Nombre: _____ DNI o NIF: _____

(1) Tipo de vía: _____ Nombre de vía: _____ Núm: _____ Piso: _____ Prta: _____

Municipio: _____ Provincia: _____ C. Postal: _____

(**) Teléfono: _____ (**) Fax: _____ (**) C. electrónico: _____

(**) Fecha de nacimiento: ____/____/____ Fecha expedición título: ____/____/____

(**) Sexo: Hombre Mujer

(*) Los envíos postales y demás comunicaciones se remitirán a la dirección aquí indicada
 (**) Estos datos no tienen carácter obligatorio

MODALIDAD/ES DE EJERCICIO PROFESIONAL EN LA ACTUALIDAD (Señalar todas las que se ejerzan)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1) Oficina de Farmacia: titular único | <input type="checkbox"/> 12) Establecimientos dispensadores de medicamentos de uso animal |
| <input type="checkbox"/> 2) Oficina de Farmacia: copropiedad | <input type="checkbox"/> 13) Alimentación |
| <input type="checkbox"/> 3) Adjunto | <input type="checkbox"/> 14) Industria |
| <input type="checkbox"/> 4) Sustituto | <input type="checkbox"/> 15) Distribución |
| <input type="checkbox"/> 5) Regente | <input type="checkbox"/> 16) Investigación y Docencia |
| <input type="checkbox"/> 6) I.F. Municipal y/o, en su caso, al servicio de las Administraciones Públicas | <input type="checkbox"/> 17) Fuerzas Armadas |
| <input type="checkbox"/> 7) Análisis Clínicos | <input type="checkbox"/> 18) Otras actividades |
| <input type="checkbox"/> 8) Farmacia Hospitalaria | <input type="checkbox"/> 19) Jubilados |
| <input type="checkbox"/> 9) Óptica Oftálmica, Optometría y Acústica Audiométrica | <input type="checkbox"/> 20) Parados |
| <input type="checkbox"/> 10) Dermofarmacia | <input type="checkbox"/> 21) Otras causas |
| <input type="checkbox"/> 11) Ortopedia | |

} Sin ejercicio

COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS A LOS QUE HA PERTENECIDO ANTERIORMENTE

Colegio Oficial de Farmacéuticos _____ desde mes _____ de _____, hasta mes _____ de _____

Colegio Oficial de Farmacéuticos _____ desde mes _____ de _____, hasta mes _____ de _____

Colegio Oficial de Farmacéuticos _____ desde mes _____ de _____, hasta mes _____ de _____

Firma del Colegiado

Los datos contenidos en la presente ficha se incorporarán a un fichero automatizado creado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos a los fines propios del mismo, como el envío de la revista "Farmacéuticos", difusión sobre publicaciones propias, congresos y cursos. Los datos se encuentran sometidos a lo dispuesto en la Ley orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, en particular a lo dispuesto en sus arts. 3.j y 28, reguladores de datos incluidos en las fuentes de acceso público.

En caso de no autorizar la cesión de los presentes datos a empresas e instituciones relacionadas con el sector farmacéutico, tales como laboratorios de especialidades farmacéuticas y para-farmacia, entidades de distribución, editoriales, empresas de informática, organizadores de congresos, entidades financieras y aseguradoras, proveedores de Internet y operadores de telecomunicaciones, y en general, aquellas que ofrezcan información relacionada con la actividad profesional, rogamos se dirijan en este sentido a este Consejo General en un plazo de diez días.

I N S T R U C C I O N E S

- a) Utilice una casilla para cada letra o número. Marque con una X el dato correcto, en los casos en que esto sea posible.
- b) Rellene todos y cada uno de los datos solicitados, siendo imprescindible el DNI y el número de Oficina de Farmacia (antiguo S.O.E.), si es propietario de Oficina de Farmacia.
- c) Cuando comunique un ALTA indique la modalidad de su ejercicio profesional, señalando con una X todas aquellas casillas que correspondan en el cuadro impreso.
- d) Cuando comunique una BAJA, deberá rellenar sus datos de identificación, así como indicar el motivo por el cual causa baja, y lo marcará con una X en el cuadro que corresponda.

- 1 = Petición propia
- 2 = Traslado de C.O.F.
- 3 = Fallecimiento

- e) Cuando comunique una MODIFICACION deberá indicar el motivo marcando con una X el cuadro que corresponda.

- 4 = Cambio de domicilio
- 5 = Cambio de modalidad profesional
- 6 = Otras causas

De igual modo, si se produce un cambio de modalidad en el ejercicio profesional, deberá indicarlo, marcando con una X la modalidad que corresponda, en el cuadro impreso.

- f) Ajuste los números siempre por la derecha. Ejemplo: si debe indicar la fecha *3 de febrero de 1999*, se marcará así: 03 02 1999

(1) Tipo de vía

| | | |
|---------------------|--------------------|------------------------|
| AD Aldea | CM Camino | PB Poblado |
| AE Aeropuerto | CO Colonia | PG Polígono |
| AL Alameda | CR Carretera | PI Polígono industrial |
| AP Apartamento | CS Caserío | PJ Pasaje |
| AT Autopista | CT Cuesta | PQ Parque |
| AU Autovía | ED Edificio | PR Prolongación |
| AV Avenida | GL Glorieta | PS Paseo |
| BD Barriada | GR Grupo | PZ Plaza |
| BL Bloque | GV Gran vía | RB Rambla |
| BO Barrio | LG Lugar | RD Ronda |
| CE Centro comercial | MC Mercado | SD Subida |
| CH Chalet | MN Municipio | TR Travesía |
| CJ Callejón | MZ Manzana | UR Urbanización |
| CL Calle | OT Otros conceptos | |