

SERVICIO DE INFORMACIÓN
PARA DEPÓSITOS DE MEDICAMENTOS

D/D^a. _____

Farmacia AL- _____

Nº de colegiación _____

Teléfono de contacto _____

En Almería a _____ de _____ de 20__

Firma: _____

A los efectos de la Ley Orgánica 15/99, de Protección de Datos de Carácter Personal y disposiciones de desarrollo, se informa sobre el tratamiento de los datos recogidos en este boletín, y se autoriza expresamente al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Almería a mantener y tratar en los respectivos ficheros de su responsabilidad los datos recogidos con la finalidad de facilitar la gestión de la red de alerta de depósitos y remitirle información relativa al mismo. El consentimiento otorgado es revocable, y podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y en su caso, cancelación, en los términos previstos por la legislación vigente, dirigiéndose por escrito a la sede del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Almería, situado en la C/Altamira nº 4 - 1º 04005 Almería. El Colegio Oficial de Farmacéuticos de Almería se compromete a la utilización de los datos incluidos en sus respectivos ficheros, de acuerdo con su finalidad y respetando su confidencialidad.