



Quota d'alta i 1er trimestre GRATUÏT

FULL D'INSCRIPCIÓ INFARMA 2013

Inscripció

Dades de la farmàcia

Farmàcia/Titular _____
Adreça _____ Núm.Of.farmàcia _____
Població _____ Província _____
Codi Postal _____ Telèfon _____ Núm. Fax _____
e-mail _____ Cif/Nif _____
Data naixement ____ / ____ / ____
Horari farmàcia: ☐ 8 hores ☐ 13 hores ☐ 24 hores
☐ Instal·lació de nova farmàcia
☐ Compra-venda, venedor _____

Dades Copropietari/s

▪ Cognoms _____ Nom _____
NIF _____ Data naixement ____ / ____ / ____
▪ Cognoms _____ Nom _____
NIF _____ Data naixement ____ / ____ / ____

Titular del compte _____
Banc/Caixa _____
Adreça _____
Població _____ Codi Postal _____
Número de compte

Entitat	Agència	DC	N. Compte																				
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>								

De conformitat amb el que disposa l'article 5 de la LO 15/1999, de Protecció de Caràcter Personal, s'informa a la persona que emplei aquesta butlleta, que les dades facilitades, quedaran incorporades a un fitxer amb la finalitat de poder comunicar-li les diferents ofertes i serveis que puguin ser del seu interès. En aquest mateix sentit i tant sols a nivell de canalitzar-li sense cap compromís els seus serveis i tarifes, aquestes dades seran comunicades a les empreses amb les que tenim signat un acord de col·laboració. Mitjançant l'emplenament i tramesa d'aquesta butlleta, la persona interessada dona el seu consentiment pels tractaments de les seves dades d'acord a allò esmentat anteriorment, que s'inclouen en el compliment de les finalitats del Servei Integral de Protecció de Dades. El Responsable d'aquest fitxer és la Federació d'Associacions de Farmàcies de Catalunya, domiciliada a Barcelona, carrer Casanova, 84-86 entl. 1a C, o per correu electrònic a fefac@fefac.cat davant el qual es pot exercir en els termes establerts en l'esmentada normativa el dret d'accés, rectificació, cancel·lació i l'oposició respecte de les dades incloses en el fitxer esmentat. Com a titular de la seva oficina de farmàcia accepta ser soci de FEFAC i es compromet a ser-ho com a mínim durant un any a partir de la data d'avui.

Signatura

Barcelona, ____ de març de 2013

