

SOLICITUD INSCRIPCIÓN

FECHA: _____

DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE Y APELLIDOS:	<input type="text"/>
Nº COLEGIADO/PRECOLEGIADO:	<input type="text"/>
Nº DE FARMACIA:	<input type="text"/>
DNI:	<input type="text"/>
TELÉFONO:	<input type="text"/>
EMAIL:	<input type="text"/>

SOLICITA:

Ser inscrito/a en el curso/taller/jornada _____
que se celebrará el próximo _____

FIRMA:

ACEPTO la política de protección de datos del COFA así como soy conocedor de la legislación y normativa que la rigen.

ACEPTO la grabación audiovisual de los contenidos de la jornada pudiendo aparecer en ellos, cedo mis derechos de imagen al COFA y autorizo la difusión de las imágenes por los medios que el COFA estime oportuno. Autorizo al COFA a hacer uso de mis datos personales aquí especificados, de manera telemática o física, a fin de hacerme llegar información o contenidos relativos a esta temática o cualquier necesidad a tal efecto.

Enviar a Secretaría del Colegio de Farmacéuticos de Alicante. cofalicante@cofalicante.com