



Solicitud de incorporación de SOCIEDADES PROFESIONALES (Ley 2/2007) al COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE PONTEVEDRA.

AL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE PONTEVEDRA:

Denominación Social:

C.I.F.:

**Escritura de
Constitución**

Objeto social:

Fecha:

Notario:

Protocolo:

Duración:

Domicilio social

Dirección:

C.P.:

Población:

Teléfono:

Fax:

Tel. móvil:

e-mail :

Tel. móvil:

**Relación de Socios
Profesionales:**

Farmacéuticos:

Nombre, nº Colegiado y
Porcentaje de Participación

No Farmacéuticos:

Nombre, nº Colegiado y
Porcentaje de Participación

**Relación de Socios NO
Profesionales:**

Nombre y Porcentaje de
Participación

Administrador/es:

Permiso de Cesión de Datos Profesionales a Terceros

sí non

DOCUMENTACIÓN A APORTAR:

- Impreso de solicitud de incorporación.
- Original y fotocopia de la Escritura de Constitución de la Sociedad Profesional.
- Original y fotocopia de los Estatutos de la Sociedad Profesional.
- Original y fotocopia de la póliza de seguro de RC Profesional.
- Original y fotocopia del CIF de la Sociedad Profesional.
- Certificado que acredite la titulación de los socios profesionales farmacéuticos emitida por el Colegio de procedencia.
- Resguardo ingreso cuota de inscripción. Importe 500 €.

Los datos personales solicitados en este Formulario serán tratados por **COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE PONTEVEDRA** (en adelante, COFPO), en calidad de Responsable de Tratamiento, para la finalidad de Gestionar administrativamente el REGISTRO de los profesionales farmacéuticos que desarrollan su labor a través de una SOCIEDAD PROFESIONAL. Los datos se conservarán mientras se mantenga la relación con el Colegio, la sociedad profesional, así como el mínimo necesario de años para responder ante posibles responsabilidades civiles.

La Base de Legitimación para este tratamiento es dar cumplimiento a una Obligación Legal establecida en la Ley de Sociedades Profesionales. Tiene derecho a reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos. También puede contactar con el Delegado de Protección de Datos del COFPO en la siguiente dirección delegadoprotecciondedatos@cofpo.org.

Respecto a las posibles comunicaciones o cesiones de datos a terceros, ajenos al personal de COFPO, informarle que **NO** se cederán datos a terceros, excepto los obligatorios por ley.

Usted tiene los siguientes **derechos**: solicitar el acceso a los datos personales relativos al interesado, solicitar su rectificación o supresión, solicitar la limitación de su tratamiento, y a Oponerse al tratamiento, así como la Portabilidad de los datos.

Para su ejercicio, debe presentar escrito de solicitud ante COFPO, con sus datos identificativos, lo que pide y fotocopia de DNI o similar para acreditar ser el interesado. Puede hacerlo enviando dicha solicitud a C/ ECHEGARAY 10 BAJO; 36.002 PONTEVEDRA; o incluso mediante el envío de un correo electrónico a la siguiente dirección cofpontevedra@cofpo.org

En _____, a ___ de _____ de 20____

Firma de/de los ADMINISTRADOR/ES y de/de los socios profesionales FARMACÉUTICOS, con firma y pié de firma.