

Datos del Farmacéutico/a Solicitante (Transmitente)

Nombre		Apellidos		Nº Colegiado/a	
DNI		Dirección			
Teléfono		Correo electrónico			
Medio preferente a efectos de notificaciones	☐ Correo ordinario ☐ Correo electrónico				

Datos del Representante *(deberá acreditarse a representación fidedigna por cualquier medio válido en derecho)*

Nombre / Razón Social		Apellidos			
DNI		Teléfono		Correo electrónico	

Nota: si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito, se realizarán con el representante designado por el interesado@.

Datos de la Oficina de Farmacia que se transmite

Nombre		Código Sanidad	
Domicilio		Código Postal	
Localidad		Provincia	

SOLICITO:

Autorización para transmitir el _____ % de la titularidad de la oficina de farmacia a favor de:

Datos del Farmacéutico/a Adquiriente

Nombre		Apellidos		Nº Colegiado/a	
DNI		Dirección			
Teléfono		Correo electrónico			
Medio preferente a efectos de notificaciones	☐ Correo ordinario ☐ Correo electrónico				

☐ Permite la consulta por parte del colegio de su título de licenciado o graduado en farmacia

Datos del Representante *(deberá acreditarse a representación fidedigna por cualquier medio válido en derecho)*

Nombre / Razón Social		Apellidos			
DNI		Teléfono		Correo electrónico	

Nota: si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito, se realizarán con el representante designado por el interesado@.

Firma Farmacéutico solicitante	Firma Farmacéutico Adquiriente

En _____ a _____ de _____ de 20____.

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA A LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE TRANSMISIÓN*(marcar con una X la/s opción/es necesaria/s)*

☐	Documentación acreditativa de la titularidad de la farmacia o de la parte alícuota que pretende transmitir.
☐	En caso de no permitir la consulta por parte del colegio: Título de licenciado o graduado en farmacia del futuro adquiriente.
☐	Acreditación del pago de la tasa correspondiente a la transmisión de oficinas de farmacia.
☐	Anexo de transmitentes / adquirientes (si fueran más de 1)

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de A Coruña (COFC).
Finalidad	Tramitación de la solicitud de autorización de transmisión inter vivos de oficina de farmacia y gestión de los procedimientos colegiales y administrativos derivados.
Base Jurídica	Cumplimiento de obligaciones legales y ejercicio de funciones de interés público del COFC (art. 6.1.c) y e) RGPD) Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, y la normativa autonómica de ordenación farmacéutica.
Destinatarios	Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia y demás organismos públicos competentes en materia de autorización de oficinas de farmacia.
Derechos	Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad dirigiéndose al COFC en cofc@cofc.es
Información adicional	Puede consultar la información completa sobre el tratamiento de sus datos en la política de privacidad disponible en https://www.cofc.es . Delegado de Protección de Datos dfanjul@cofc.es