

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN EN EL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE LA PROVINCIA DE A CORUÑA

SERVICIO ALTA DE COLEGIADO	DOCUMENTO SOLICITUD
--------------------------------------	-------------------------------

DATOS DEL FARMACÉUTICO

NOMBRE	<input type="text"/>	APELLIDOS	<input type="text"/>	DNI	<input type="text"/>
DIRECCION	<input type="text"/>			CODIGO POSTAL	<input type="text"/>
LUGAR	<input type="text"/>	PARROQUIA	<input type="text"/>	POBLACION	<input type="text"/>
PROVINCIA	<input type="text"/>			FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/>
TELEFONO	<input type="text"/>	E-MAIL PERSONAL	<input type="text"/>		

DATOS PROFESIONALES

UNIVERSIDAD	<input type="text"/>	FECHA FIN DE CARRERA	<input type="text"/>	VIA DE ACCESO	<input type="text"/>
FECHA DEL TÍTULO DE LICENCIADO/GRADO EN FARMACIA	<input type="text"/>	Nº DE REGISTRO	<input type="text"/>		
FECHA DEL TÍTULO DE DOCTOR EN FARMACIA	<input type="text"/>	Nº DE REGISTRO	<input type="text"/>		
TITULACIÓN DE ESPECIALISTA FARMACÉUTICO QUE POSEE	<input type="text"/>				
OTROS TÍTULOS Y MÉRITOS QUE POSEE	<input type="text"/>				

COLEGIACIÓN EN OTROS COLEGIOS

COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE

ME COMPROMETO A ENTREGAR EN UN PLAZO MÁXIMO DE 5 DÍAS EL CERTIFICADO DE COLEGIACIÓN O DE BAJA DEL COLEGIO INDICADO

AUTORIZACIÓN DE COBRO

Nº DE CUENTA	<input type="text"/>
--------------	----------------------

DECLARACIÓN JURADA

DECLARA BAJO JURAMENTO: QUE CARECE DE ANTECEDENTES DE FALTA O SANCIÓN DISCIPLINARIA ALGUNA QUE PUEDA IMPEDIR O LIMITAR SU EJERCICIO PROFESIONAL COMO FARMACÉUTICO.

FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANTE

Lugar y fecha	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---------------	----------------------	----------------------