



DOMICILIACIÓN BANCARIA DE CUOTAS COLEGIALES

Entidad bancaria

Dirección sucursal

Código Postal Municipio

Provincia

D./D^a..... , con NIF

SOLICITA que el cargo de los recibos emitidos por el COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE PONTEVEDRA a su nombre se efectúe en la cuenta bancaria reseñada de la que es titular D./D^a..... , con NIF

IBAN:																									

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS:

Los datos personales solicitados en este Formulario serán tratados por el Colegio de Farmacéuticos de Pontevedra (en adelante, COFPO), en calidad de Responsable de Tratamiento, con la finalidad de gestionar el cobro de las cuotas colegiales. Los datos se conservarán mientras se mantenga la relación con el Colegio.

La Base de Legitimación para este tratamiento es dar cumplimiento a una obligación legal establecida en la Ley de Colegios 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 cofpontevedra@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 dirección cofpontevedra@cofpo.org.

En, a de de 20.....

Firma del titular de la cuenta
(En caso de ser diferente al colegiado)

Firma del colegiado