FEFCAM FEFE Castilla La Mancha
Federación de Empresarios Farmacéuticos

HOJA DE INSCRIPCION

Nombre y Apellidos:		**NIF** **Nº Coleg.**
Dirección Farmacia:		**C.P.** **Localidad:**
Telf: **móvil:**	**E-mail:**	

Firma:

___ de _____ 20___

AUTORIZACION DOCIMILICIACION BANCARIA

AUTORIZO a la Federación de Empresarios Farmacéuticos de Castilla la Mancha con NIF G45450962, a efectuar los cobros de las cuotas de socio (20€/mes) mediante recibo bancario domiciliado en la siguiente cuenta bancaria:

Titular de la cuenta:
Nº cuenta IBAN:

FIRMA DEL ASOCIADO/A:

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de la FEDERACION DE EMPRESARIOS FARMACÉUTICOS DE CASTILLA LA MANCHA (FEFCAM)., y solo se utilizarán para el cumplimiento de la prestación del servicio solicitado, incluyendo cualquier tipo de solicitud, formulario o cesiones estrictamente necesarias para la ejecución de los productos o servicios contratados por usted.

Los datos proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación contractual o durante los años necesarios para el cumplimiento de las obligaciones legales.

Según el Art 22 del Reglamento de la UE 2016/679 se le informa expresamente que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación, portabilidad y revocación de los consentimientos y autorizaciones concedidas dirigiéndose a nuestra empresa a través de la dirección de correo electrónico fefcam@fefcam.es e indicando textualmente en el asunto: “El ejercicio del derecho solicitado seguido de su nombre completo”.

Por último indicarle que la información adicional relativa a la Política de Protección de Datos estará disponible físicamente en nuestro centro de trabajo y/ o publicada en nuestra página web.

AFEDETO Asociación de Farmacéuticos Empresarios de Toledo
ASEFARCIR FEFE Ciudad Real Asociación de Empresarios Farmacéuticos
APEFA