



SOCIEDAD ANDALUZA DE
FARMACEUTICOS DE HOSPITALES
Y CENTROS SOCIOSANITARIOS
SECRETARIA

INSTRUCCIONES PARA LA INSCRIPCIÓN / ACTUALIZACION DE DATOS

1. Enviar el impreso de Solicitud de Inscripción o Actualización de datos a la Secretaría de la SAFH. La dirección es:

**Dña. M^a Teresa Gómez de Travedo
Servicio de Farmacia
Hospital del SAS de Jerez
Ctra de Circunvalación s/n
11407 Jerez (Cádiz)
Tfno: 956 03 20 07**

2. Para completar la inscripción, enviar por correo el impreso de Orden de Pago por Domiciliación Bancaria al Dr. Ignacio Ynfante Milá. La dirección es:

**D. Ignacio Ynfante Milá
UGC - Farmacia
Hospital Juan Ramón Jiménez
Ronda Exterior Norte s/n
21005 Huelva
Tfno: 959 01 60 71**

Los impresos se tienen que enviar por correo postal. Deben estar firmados por el interesado. Las copias enviadas por fax o correo electrónico no tienen ninguna validez oficial, sino meramente informativa

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales facilitados mediante la cumplimentación del presente formulario y con la documentación que aporte a la SOCIEDAD ANDALUZA DE FARMACEUTICOS DE HOSPITALES Y CENTROS SOCIOSANITARIOS (SAFH), pasará a formar parte de un fichero propiedad de la citada Sociedad, que se utilizará únicamente para la gestión administrativa y contable de los socios así como para el envío de información de interés para los mismos (cursos, información de congresos, noticias...etc.)

Igualmente, le informamos que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia de Cádiz, C/Isabel la Católica N° 22, 11004, CADIZ

La SOCIEDAD ANDALUZA DE FARMACEUTICOS DE HOSPITALES Y CENTROS SOCIOSANITARIOS en ningún caso será responsable de la licitud, veracidad y exactitud de los datos facilitados. Queda bajo su exclusiva responsabilidad la notificación a esta Sociedad de cualquier modificación en los mismos.

La cumplimentación de los campos recogidos en este formulario supone su consentimiento expreso al tratamiento de sus datos personales con las finalidades indicadas.



SOCIEDAD ANDALUZA DE
FARMACEUTICOS DE HOSPITALES
Y CENTROS SOCIO SANITARIOS
SECRETARIA

Nº SOCIO _____
(A cumplimentar por la SAFH)

SOLICITUD DE INSCRIPCION

DATOS PERSONALES

1º APELLIDO _____
2º APELLIDO _____
NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ DNI _____
DOMICILIO _____
CODIGO POSTAL _____ MUNICIPIO _____
PROVINCIA _____ TELEFONO _____
CORREO ELECTRONICO _____

DATOS PROFESIONALES

CENTRO DE TRABAJO _____
DIRECCION _____
CODIGO POSTAL _____
MUNICIPIO _____
PROVINCIA _____ TELEFONO _____ FAX _____
CORREO ELECTRONICO _____
CARGO ACTUAL _____

(Si es Residente, indicar de qué año)

DESEO RECIBIR CORRESPONDENCIA EN: Domicilio particular
(marcar donde proceda) Centro de trabajo

FECHA _____

FIRMA _____

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales facilitados mediante la cumplimentación del presente formulario y con la documentación que aporte a la SOCIEDAD ANDALUZA DE FARMACEUTICOS DE HOSPITALES Y CENTROS SOCIO SANITARIOS (SAFH), pasará a formar parte de un fichero propiedad de la citada Sociedad, que se utilizará únicamente para la gestión administrativa y contable de los socios así como para el envío de información de interés para los mismos (cursos, información de congresos, noticias...etc.)

Igualmente, le informamos que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia de Cádiz, C/Isabel la Católica Nº 22, 11004, CADIZ

La SOCIEDAD ANDALUZA DE FARMACEUTICOS DE HOSPITALES Y CENTROS SOCIO SANITARIOS en ningún caso será responsable de la licitud, veracidad y exactitud de los datos facilitados. Queda bajo su exclusiva responsabilidad la notificación a esta Sociedad de cualquier modificación en los mismos.

La cumplimentación de los campos recogidos en este formulario supone su consentimiento expreso al tratamiento de sus datos personales con las finalidades indicadas.



SOCIEDAD ANDALUZA DE
FARMACEUTICOS DE HOSPITALES
Y CENTROS SOCIO SANITARIOS
SECRETARIA

Nº SOCIO _____
(A cumplimentar por la SAFH)

ACTUALIZACION DE DATOS

DATOS PERSONALES

1º APELLIDO _____
2º APELLIDO _____
NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO _____ DNI _____
DOMICILIO _____
CODIGO POSTAL _____ MUNICIPIO _____
PROVINCIA _____ TELEFONO _____
CORREO ELECTRONICO _____

DATOS PROFESIONALES

CENTRO DE TRABAJO _____
DIRECCION _____
CODIGO POSTAL _____
MUNICIPIO _____
PROVINCIA _____ TELEFONO _____ FAX _____
CORREO ELECTRONICO _____
CARGO ACTUAL _____

(Si es Residente, indicar de qué año)

DESEO RECIBIR CORRESPONDENCIA EN: Domicilio particular
(marcar donde proceda) Centro de trabajo

FECHA _____

FIRMA _____

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos personales facilitados mediante la cumplimentación del presente formulario y con la documentación que aporte a la SOCIEDAD ANDALUZA DE FARMACEUTICOS DE HOSPITALES Y CENTROS SOCIO SANITARIOS (SAFH), pasará a formar parte de un fichero propiedad de la citada Sociedad, que se utilizará únicamente para la gestión administrativa y contable de los socios así como para el envío de información de interés para los mismos (cursos, información de congresos, noticias...etc.)

Igualmente, le informamos que puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia de Cádiz, C/Isabel la Católica Nº 22, 11004, CADIZ

La SOCIEDAD ANDALUZA DE FARMACEUTICOS DE HOSPITALES Y CENTROS SOCIO SANITARIOS en ningún caso será responsable de la licitud, veracidad y exactitud de los datos facilitados. Queda bajo su exclusiva responsabilidad la notificación a esta Sociedad de cualquier modificación en los mismos.

La cumplimentación de los campos recogidos en este formulario supone su consentimiento expreso al tratamiento de sus datos personales con las finalidades indicadas.

