

## **DOMICILIACION BANCARIA**

D./Dª. \_\_\_\_\_,  
con DNI \_\_\_\_\_,

Autorizo al Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia de Granada, para que presente al cobro, con cargo a mi cuenta bancaria, cuyos datos se expresan a continuación, los recibos girados a mi nombre:

**APELLIDOS Y NOMBRE DEL COLEGIADO:**

**APELLIDOS Y NOMBRE DEL TITULAR DE LA CUENTA:**

**NOMBRE DEL BANCO O CAJA DE AHORROS:**

**DOMICILIO DEL BANCO O CAJA DE AHORROS:**

**LOCALIDAD Y PROVINCIA:**

**CÓDIGO IBAN:**

ES _____	_____	_____	_____	_____
----------	-------	-------	-------	-------

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE GRANADA**

EL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE GRANADA es el Responsable del tratamiento de los datos personales proporcionados bajo su consentimiento y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR), con la finalidad de mantener una relación Colegio-colegiados y conservados mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos. No se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal. Asimismo, se informa que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y los de limitación y oposición a su tratamiento dirigiéndose a COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE GRANADA en C/ SAN JERÓNIMO, 16 2<sup>a</sup> Planta; 18001 GRANADA (GRANADA) y el de reclamación a [www.agpd.es](http://www.agpd.es). DPO: Plaza del Campillo, 2 2<sup>o</sup> D, 18009, Granada (GRANADA)- [abogados@riskshield.es](mailto:abogados@riskshield.es)