

DOMICILIACION BANCARIA

D./D^a. _____,
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 2ª Planta; 18001 GRANADA (GRANADA) y el de reclamación a www.agpd.es. DPO: Plaza del Campillo, 2 2º D, 18009, Granada (GRANADA)- abogados@riskshield.es