



**Farmacéuticos  
de La Rioja**  
COLEGIO OFICIAL

## NOMBRAMIENTO DE FARMACÉUTICO ADJUNTO

Don/Doña \_\_\_\_\_, titular de la oficina de farmacia Número \_\_\_\_\_ sita en la calle \_\_\_\_\_, de la localidad de \_\_\_\_\_.

**COMUNICA** mediante el presente escrito el nombramiento como farmacéutico/a adjunto/a en mi oficina de farmacia a Don/Doña \_\_\_\_\_, colegiado/a en \_\_\_\_\_, con el número \_\_\_\_\_, que tendrá una validez desde el día \_\_\_\_\_ hasta el día \_\_\_\_\_ (caso de ser indefinido, dejarlo en blanco recordándose la **obligación de comunicar la fecha de finalización cuando se produzca**).

A los efectos oportunos, firman ambas partes en conformidad con lo expuesto.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_.

**Firma del titular**

**Firma del adjunto/a**

Don/Doña \_\_\_\_\_

Don/Doña \_\_\_\_\_

### SEÑOR PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS DE LA RIOJA

(1) Tiene la consideración de farmacéutico/a adjunto/a, según el artículo 4º-4 de la Orden de 17 de enero de 1.980, el que ejerce conjuntamente con el o los farmacéuticos/as titulares o regentes su actividad profesional en la oficina de farmacia de la que no es propietario ni copropietario.

Según lo dispuesto en el Reglamento Europeo de Protección de Datos 679/2916 (RGPD) Y LA LO 3/2018, DE 5 de Diciembre, sus datos personales van a ser incorporados a un fichero automatizado y documental propiedad del Colegio Oficial de Farmacéuticos de La Rioja. Sus datos personales han sido recabados voluntariamente con la finalidad de poder ser gestionados internamente a fin de cumplir con el nombramiento de farmacéutico adjunto, tal y como marcan los Estatutos del COF La Rioja. Dichos datos personales sólo podrán ser cedidos a terceras entidades (Consejería de Salud) en el ámbito de actuación colegial, para lo que se recaba dicha autorización mediante el presente documento. Se le informa de que podrá ejercitar los derechos de acceso, modificación y cancelación, mediante el envío de una notificación por escrito al Colegio a la dirección postal sita en la Avenida de Portugal, 7 3º de Logroño (26.001) en La Rioja o mediante la remisión de un correo electrónico a la dirección [coflarioja@redfarma.org](mailto:coflarioja@redfarma.org).

# NUEVO PERSONAL DE OFICINA DE FARMACIA

Nº DE OFICINA DE FARMACIA:				
NOMBRE OF				
DIRECCION		LOCALIDAD		CP: <input style="width: 50px;" type="text"/>
TELEFONO		EMAIL		

SOLICITUD CLAVE PARA DISPENSAR RE:							
NOMBRE	APELLIDO	APELLIDO	NIF	FECHA NACIMIENTO	CATEGORIA PROFESIONAL*	PERIODO HABILITACION	
						DESDE	HASTA

SI     NO    **SOLICITO ALTA SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL (SÓLO FARMACÉUTICOS).**

SI     NO    **SOLICITO ALTA SEGURO DE ACCIDENTES (FARMACÉUTICOS Y AUXILIARES).**

(\*) CATEGORIA PROFESIONAL:

- |  |
|--|
| 1- FARMACEUTICO TITULAR , CO-TITULAR Ó REGENTE |
| 2- SUSTITUTO/ADJUNTO                           |
| 3- AUXILIAR/TECNICO EN FARMACIA                |

**Firma. Sello Farmacia.**