

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE BAJA

1. Enviar el impreso de solicitud de BAJA a la secretaría de la SAFH. Dirección:

APARTADO DE CORREOS 145. CHURRIANA, MALAGA.29140

Los impresos deben enviarse por correo postal. Tienen que estar firmados por el interesado. Las copias enviadas por fax o correo electrónico no tienen ninguna validez oficial, sino meramente informativas.

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 apartado de correos nº 145. Churriana. Málaga. 29140. 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.

SOCIO Nº _____

(A CUMPLIMITAR POR LA SADH)

SOLICITUD DE BAJA DATOS PERSONALES

1 er APELLIDO _____
2º APELLIDO _____
NOMBRE _____
FECHA DE NACIMIENTO _____
DNI _____
DOMICILIO _____
CP _____ MUNICIPIO _____
PROVINCIA _____ TELEFONO _____

DATOS PROFESIONALES

CENTRO DE TRABAJO _____
DIRECCIÓN _____
CPOSTAL _____ MUNICIPIO _____
PROVINCIA _____ TELEFONO _____
CORREO ELECTRONICO _____
CARGO ACTUAL _____ (residentes indicar año)

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 apartado de correos 145. Churiana. Málaga .29140La 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.