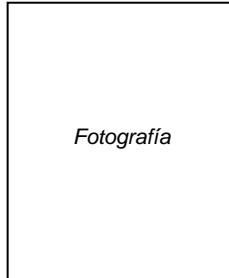


Al Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Palencia.



D./Dña. _____
Nacido/a el _____ *en* _____
provincia de _____ *con D.N.I.* _____ *y residente en*
_____ *C/* _____
C. P. _____ *Teléfono* _____ *e-mail:* _____ *con el*
mayor respeto.

EXPONE: *Que posee el título o certificado del pago de tasas de expedición de*
_____ *en Farmacia, expedido en* _____ *el*
día _____ *de* _____ *de* _____. *el cual exhibe para su registro en*
ese Colegio Oficial y recoge para su justificación.

Que autorizo al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Palencia a realizar las gestiones
pertinentes a fin de comprobar la verificación del título.

SOLICITA: *La colegiación en ese colegio de Palencia, y la autorización para*
ejercer como farmacéutico con carácter de _____ *en la*
localidad de _____ *prometiendo cumplir fielmente los*
preceptos legales, estatutarios y acuerdos de esa Corporación.

_____ *a* _____ *de* _____ *de 2* _____.

Firma

Estos datos serán incluidos en la base de datos creada a tal efecto por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Palencia. Datos sometidos a la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, en especial a los derechos de acceso, rectificación y cancelación, para lo que deberá ponerse en contacto con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Palencia.

Marcando esta casilla, renuncio expresamente a la suscripción de seguros gratuitos y/o recibir ofertas, descuentos, ventajas o promociones ventajosas para colegiados con empresas que hayan firmado acuerdos de colaboración con el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Palencia.

Esta Instancia fue presentada en Secretaria, el día _____ de _____ de 2____.
El Secretario del Colegio.

Esta Instancia fue expuesta en el Tablón de anuncios de este Colegio Oficial, durante los días _____ de _____ de 2____ al _____ de _____ de 2____.
El Secretario del Colegio.

Esta Instancia fue vista por la Junta de Gobierno en el día de hoy, fallando:

Palencia _____ de _____ de 2____.

V^a B^o
El Presidente

El Secretario del Colegio.

<p style="text-align: center;">REGISTRO</p> <p>Número _____</p> <p>Fecha _____</p>

DOCUMENTACIÓN ADICIONAL:

- **ORIGINAL Y FOTOCOPIA DEL TITULO DE LICENCIADO EN FARMACIA O RESGUARDO DEL MISMO (Si éste está en tramitación) PARA SU COMPULSA.**
- **FOTOCOPIA DEL CARNET DE IDENTIDAD Y DOS FOTOGRAFÍAS TAMAÑO CARNET.**
- **CERTIFICADO DEL PARO (Si la solicitud es "SIN EJERCICIO")**
- **CERTIFICADO DE TITULARIDAD DE CUENTA BANCARIA.**
- **JUSTIFICANTE DE HABER REALIZADO EL PAGO DE LA CUOTA DE COLEGIACIÓN, O EN SU CASO, CERTIFICADO DE COLEGIACIÓN EN OTRO COLEGIO.**