



**AEFHOM**

ASOCIACION ESPAÑOLA DE FARMACEUTICOS HOMEOPATAS

Villanueva, 11 - 7.ª Plta. • Tel: 91 431 25 60 • 28001 MADRID

[www.aefhom.org](http://www.aefhom.org)

## **HOJA DE INSCRIPCIÓN**

**Don/Doña** ..... **Farmacéutica de Oficina de Farmacia,**  
**con domicilio en** ..... **Localidad** .....  
**Provincia** ..... **C.P.** ..... **Teléfono** ..... **y** .....  
**FAX:** ..... **CORREO ELECTRÓNICO** .....  
**D.N.I. N°** ..... **colegiado/a n°** .....

**Solicita ingresar en la Asociación Española de Farmacéuticos Homeópatas, y acepta por la presente el pago del recibo correspondiente a la cuota anual de 85 €, de la Asociación, contra su cuenta corriente**

**n°** .....  
**del Banco/Caja** ..... **de la Localidad** .....  
**C.P.** ..... **de la Calle** .....

### **Firma y Fecha**

**Enviar a:**

**Asociación Española de Farmacéuticos Homeópatas**  
**C / Villanueva N° 11 - 7º planta - 2 8 0 0 1 Madrid**

A los efectos de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y disposiciones de desarrollo, se le informa sobre el tratamiento de datos personales recabados a través del presente formulario, con el fin de que Vd. pueda ejercitar los derechos que le corresponden. Queda Vd. informado de forma inequívoca y precisa, y autoriza expresamente a la Asociación Española de Farmacéuticos Homeópatas A.E.F.H.O.M. a mantener y tratar en un fichero de su responsabilidad, los datos requeridos en el presente formulario con la finalidad de mantenerle informado de las actividades que se lleven a cabo acordes a la finalidad de la misma y remitirle la información correspondiente. Los datos solicitados son de carácter facultativo, si bien su no cumplimentación supone la imposibilidad de su inclusión en dicho fichero y la imposibilidad de tratar los datos para las finalidades descritas y, por tanto, la imposibilidad de prestarle el referido servicio. Se le informa de que el consentimiento otorgado es revocable y podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación en los términos previstos por la legislación vigente, dirigiéndose por escrito a la sede de la Asociación C/ Villanueva, 11-7ª planta 28001 Madrid. La Asociación Española de Farmacéuticos Homeópatas se compromete a la utilización de los datos incluidos en sus ficheros, de acuerdo con su finalidad y respetando su confidencialidad.

✂

-----  
En a de de 20.....

**Sr. Director** .....  
**Banco/Caja** .....  
**Calle** .....  
**Ciudad** .....

**Muy Sr. Mío:**

**Sírvase abonar, hasta orden en contra, el recibo correspondiente a la cuota anual de la Asociación Española de Farmacéuticos Homeópatas, contra mi c/c n°** ..... **existente en esa Entidad.**

**Nombre y Apellidos** :.....  
**(para enviar a su Banco)**

**Firma**