**COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS**

**DE LA PROVINCIA DE ALBACETE**

**COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE ALBACETE**

PLAZA DEL ALTOZANO Nº 11

02001 –ALBACETE

Telf.- 967 215875 Fax.- 967 240113

E-mail: comalbacete@comalbacete.org

**POLÍTICA DE PRIVACIDAD**

LE INFORMAMOS QUE LOS DATOS PERSONALES DE ESTA COMUNICACIÓN, ESTAN INCORPORADOS EN UN FICHERO BAJO NUESTRA RESPONSABILIDAD, PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, Y CON LA FINALIDAD DE TODA LA GESTION COLEGIAL Y ADMINISTRATIVAS PERTINENTES,  DEBIDAMENTE INSCRITO ANTE LA AGENCIA ESPAÑOLA DE PROTECCIÓN DE DATOS. AL MISMO TIEMPO DE TENERLE PERFECTAMENTE AL DIA TANTO DE INFORMACIÓN QUE PUEDA SER DE SU INTERES COMO DE TODOS LOS SERVICIOS QUE OFREZCA EL **COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE ALBACETE**., Y COMO VIA DE  COMUNICACIÓN CON VD. EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY ORGANICA 15/1999 DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL. VD. COMO INTERESADO DIRECTO, TIENE DERECHO DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN DE LOS MISMOS. Y LOS PUEDE HACER EFECTIVOS DEBIDAMENTE IDENTIFICADO, POR  CORREO ORDINARIO A: **MCOLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE ALBACETE, C/ Plaza del Altozano nº 11 - 02001 - Albacete** O POR CORREO ELECTRÓNICO A: **comalbacete@comalbacete.org**

**MÉDICO :**

Dr. D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº de Colegiado (9 dígitos)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Población \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma :

**Solicito talonario/s de recetas médicas para asistencia sanitaria privada.**

 Especialista en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con domicilio profesional en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_POBLACION\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº de talonarios (100 recetas cada talonario ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nº de recetas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de Formato

* Papel ………………………………………… 🞐 7€
* Soporte electrónico (pen drive)… 🞐 2€



**SOLICITUD DE RECETAS MÉDICAS PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA**