

EXPOSICIÓ DEL SUGGERIMENT		Data:
DADES EN CAS DE DESITJAR RESPOSTA		
Nom i cognoms:		
Correu electrònic:	Fax:	Telèfon:
Adreça:	Codi postal:	Població:
Documents que s'adjunten		
Signatura		
<p><i>"Les seves dades de caràcter personal, seran incloses en un fitxer de dades del que és titular el Col·legi de Farmacèutics de la província de Barcelona. Vostè, en qualsevol moment, podrà accedir a aquest fitxer per exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició respecte a les seves dades personals. Aquests drets podran exercitar-se mitjançant comunicació escrita dirigida a la seu del Col·legi situada al carrer Girona, 64, CP 08009, Barcelona".</i></p> <p>Aquest full es pot trametre al Col·legi de Farmacèutics c/ Girona, 64-66 08009 Barcelona o per fax 932 454 431 o per correu electrònic a la següent adreça: cofb@cofb.cat</p>		