

DOCUMENTO DE ADHESIÓN AL ACUERDO MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE AYUNTAMIENTO DE PARLA Y LAS OFICINAS DE FARMACIAS CON SEDE EN EL MUNICIPIO DE PARLA

Política de Privacidad: Los datos de carácter personal que se pudieran recabar directamente del interesado serán tratados de forma confidencial y quedarán incorporados a la correspondiente actividad de tratamiento titularidad del Ayuntamiento de Parla. Los datos personales serán recogidos y tratados por el Ayuntamiento de Parla con la finalidad correspondiente a cada una de las actividades de tratamiento que realiza y que están accesibles en el Registro de Actividades. El tratamiento de sus datos se realiza para el cumplimiento de obligaciones legales por parte del Ayuntamiento de Parla, para el cumplimiento de misiones realizadas en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos a este Ayuntamiento, así como cuando la finalidad del tratamiento requiera su consentimiento, que habrá de ser prestado mediante una clara acción afirmativa.

Puede consultar la base legal para cada una de las actividades de tratamiento que lleva a cabo el Ayuntamiento de Parla en el Registro de Actividades en la Sede Electrónica.

Enlace: <https://politicadeprivacidad.ayuntamientoparla.es>

La persona interesada podrá ejercer sus derechos ante el Ayuntamiento de Parla en la Plaza de la Constitución, 1, 28981, Parla (Madrid), como órgano responsable.

Modelo de solicitud revisado el 19 de mayo de 2022

Página: 1 de 1

1.- DATOS DEL/ DE LA INTERESADO/A:

Apellidos y Nombre o Razón Social:		NIF:	
Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:	E-mail:	

2.- MEDIO DE COMUNICACIÓN, ELEGIR UNO DE LOS DOS (marcar con):

Deseo ser **notificado/a telemáticamente para este Procedimiento (Obligatorio Personas Jurídicas, Voluntario Personas Físicas):**
Se realizará un aviso al correo electrónico que se aporte en esta solicitud sobre la puesta a disposición por comparecencia electrónica para las Notificaciones Telemáticas en la Sede Electrónica del Ayuntamiento de Parla (<https://sede.ayuntamientoparla.es>)

Deseo ser **notificado/a por correo postal** en el siguiente domicilio (Solo para Personas Físicas):

Domicilio:	Nº:	Bloque:	Portal:	Escalera:	Piso:	Puerta:
Código Postal:	Municipio:	Provincia:				

3.- DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE:

Apellidos y nombre:		NIF:	
Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:	E-mail:	

4.- DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA:

Razón Social:		NIF:				
Domicilio:	Nº:	Bloque:	Portal:	Escalera:	Piso:	Puerta:
Código Postal:	2898	Municipio:	PARLA	Provincia:		MADRID

5.- DATOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL:

Apellidos y nombre:		NIF:	
Teléfono Fijo:	Teléfono Móvil:	E-mail:	

6.- DECLARACIÓN RESPONSABLE:

Mediante la firma del presente documento vengo a **MANIFESTAR** mi adhesión al Acuerdo Marco de Colaboración establecido entre el Ayuntamiento de Parla y las Oficinas de Farmacia aprobado en Junta de Gobierno de fecha 22 de abril de 2022.

En Parla, a	de	de 20	Firma del Solicitante o Representante:
-------------	----	-------	--