

## FORMULARIO DE QUEJAS O RECLAMACIONES

Tipo de consulta:  Queja  Reclamación

### DATOS PERSONALES

Nombre (\*):

Apellidos (\*):

DNI/Pasaporte/NIE (\*):

Dirección postal (\*):

Correo electrónico (\*):

### DATOS DE LA QUEJA/RECLAMACIÓN/SUGERENCIA

Describe su queja, reclamación o sugerencia (\*):

Adjuntar documento:

He leído y acepto la política de privacidad

Política de privacidad:

Mediante la cumplimentación y envío del presente formulario, la persona identificada en el mismo, autoriza expresamente al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Teruel para tratar en un fichero de su propiedad sus datos de carácter personal, a los efectos de poder ofrecerle y llevar a término los servicios de quejas, reclamaciones o sugerencias que cumplimenta.

Así mismo, declara haber sido informado de que podrá ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de sus datos recopilados y archivados mediante solicitud dirigida al COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE TERUEL, con domicilio en c/ Ronda del Turia nº 10 Bajos 44002 Teruel o al correo electrónico [cofteruel@redfarma.org](mailto:cofteruel@redfarma.org), adjuntado en ambos casos fotocopia del DNI y formulario donde ejercite el correspondiente derecho.