



FORMULARIO DE ADHESIÓN “FARMACIA SIN GLUTEN”

Mediante el formulario, el farmacéutico y su respectiva farmacia confirman su deseo de adherirse a la iniciativa “Farmacia sin Gluten” mediante la cual se facilita el acceso a celíacos a productos frescos de alimentación básica. Con el fin de integrarlo en nuestros sistemas y asegurar nuestros procesos de logística, recepción de pedidos, complete por favor los siguientes campos:

Nombre del titular

Nombre farmacia:

Calle

Número

C.P.

Localidad

Provincia

Teléfono

Correo electrónico

Programa de Gestión

Cliente de Centro Farmacéutico

SI Código de cliente

NO

FIRMA Y SELLO FARMACIA

- SI Consiento utilizar mis datos indicados para el envío de comunicaciones comerciales referentes a nuevas incorporaciones de productos, noticias, novedades y cualquier otra novedad y/o promoción que pueda ser de su interés. Por otra parte, los datos aportados podrán utilizarse para publicitar e informar de “Farmacia sin gluten” en diversos ámbitos relacionados con la enfermedad de intolerancia al gluten, en la propia página web de Centro Farmacéutico y donde la entidad considere oportuno.
- NO

**Una vez complete el formulario envíelo a la dirección
singluten@centrofarmaceutico.es**

De conformidad con la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, todos los datos que nos facilite se incluyen en un fichero automatizado de datos, del que es responsable Centro Farmacéutico SL que guardará y los utilizará para comunicaciones e información comercial. Igualmente, en cumplimiento de la ley de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico (Ley 34/2002) y de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, si no desea recibir más información comercial, puede acceder, rectificar o cancelar sus datos contactando mediante correo electrónico a marketing@centrofarmaceutico.es indicando nombre y apellidos y CIF en un mail con BAJA en el asunto.