



CIUDAD AUTÓNOMA
DE
MELILLA

Consejería de Bienestar Social y Sanidad
Secretaría Técnica

ANEXO V

**PARTICIPACIÓN EN EL CONCURSO PARA LA ADJUDICACIÓN DE OFICINAS DE FARMACIA
DECLARACIÓN DE TITULARIDAD**

1º DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE/ DE LA REPRESENTANTE, EN SU CASO			
APELLIDOS Y NOMBRE			DNI/NIE
DOMICILIO			
LOCALIDAD		PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	
APELLIDOS Y NOMBRE			DNI/NIE

EXPONE

Que habiendo sido convocada para la elección de farmacia, mediante orden nº, de fecha....., de la Consejería de Bienestar Social y Sanidad, por la que se publica la relación definitiva de puntuación de los solicitantes admitidos en el concurso para la adjudicación de oficinas de farmacia convocada por Orden, de la citada Consejería de Bienestar Social y Sanidad.

En el acto en el que procedo a la elección de nueva oficina de farmacia

DECLARO

Mi conformidad a la adjudicación de la oficina de farmacia cuyos datos se indican a continuación

ZONA:

CALLE

En Melilla a, de de.....

EL/LA SOLICITANTE O REPRESENTANTE

Fdo.

EXCMA. SRA. CONSEJERA DE BIENESTAR SOCIAL Y SANIDAD

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Bienestar Social y Sanidad, le informa que los datos personales obtenidos mediante la complementación de este documento/impreso/formulario y de más que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución del concurso. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Sanidad y Consumo, sita en la Carretera Alfonso XIII, 52-54. 52002. Melilla