

# SOL·LICITUD INFORMACIÓ COL·LEGIAL

<b>Nom :</b>	<b>Cognoms :</b>
--------------	------------------

<b>Adreça :</b>
-----------------

<b>Població :</b>	<b>C.Postal :</b>
-------------------	-------------------

<b>Teléfono :</b>
-------------------

<b>Nº de compte on carregar els rebuts :</b>
--

<b>Signatura :</b>	<b>Modalitat :</b> <input type="checkbox"/> Farmacèutic NO col·legiat <b>29,45€</b> / trimestre  <input type="checkbox"/> Farmacèutic Colegiat a altres colegis <b>10,20€</b> / trimestre Aportant escrit del Col·legi on estigui col·legiat
--------------------	--

## **Cal aportar :**

- Títol de Llicenciatura o resguard del títol
- 1 fotografia mida carnet
- Fotocòpia del DNI