

**A la atención del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Santa Cruz de Tenerife:**

Yo:

Con DNI:

Número de colegiado/a:

Autorizo al personal del departamento de Secretaría del Colegio Oficial de Farmacéuticos a modificar el/los siguiente/es datos: ***(rellene el campo que quiere que se modifique)***

Dirección de correo electrónico:

Dirección postal:

Número de teléfono fijo:

Número de teléfono profesional:

Número de teléfono móvil:

Otros (especificar):

Firma y fecha: