



### SOLICITUD DE RECETAS MÉDICAS PRIVADAS

Editadas conforme al R.D. 1718/2010

A rellenar por el Colegio

Solicitud Núm.                     

#### Solicitante:

- Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_
- Número de colegiado: \_\_\_\_\_
- Documento de identidad. Tipo: DNI (o \_\_\_\_\_) Número: \_\_\_\_\_
- Especialidad con título registrado en el Colegio: \_\_\_\_\_
- Uso de las recetas. Actividad privada y/o libre.  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Centro de trabajo: \_\_\_\_\_
- Domicilio PROFESIONAL: \_\_\_\_\_  
Código postal: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: **Granada**

#### Solicitud de recetas. Formato de las recetas que solicita (indicar cantidad de bloques de cien recetas):

- **En formato IMPRESO COLOR:**  bloques de 100 recetas cada uno. Papel perforado.
- **En formato IMPRESO B/N:**  bloques de 100 recetas cada uno. Papel perforado.
- **En formato DIGITAL PDF:**  bloques de 100 recetas cada uno.
- **En formato DIGITAL XML:**  bloques de 100 recetas cada uno.

**NOTA:** Cada receta es de UN SOLO USO, al estar identificada con una numeración nacional.

#### Forma de entrega de las recetas:

- **Formato IMPRESO:** Retirada del Colegio, pasados unos días desde la solicitud.

La retirada del Colegio de las recetas impresas será efectuada por:

- El solicitante.
- Persona autorizada: D. \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

- **Formato DIGITAL:** Envío por correo electrónico.

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Por seguridad esta dirección de correo electrónico ha de coincidir con la que previamente conste en el Colegio.

#### Forma de pago de la factura generada:

- Con cargo en la cuenta corriente del solicitante que conste en el Colegio.

Mediante la presente **DECLARACIÓN RESPONSABLE** el solicitante hace constar que conoce y cumple los requisitos legales exigidos para la prescripción médica en las recetas que solicita, siendo ciertos y aceptando todos los datos indicados, así como que ha leído la clausula (\*) de protección de datos, comprometiéndose a usar cada receta solo una vez.

Granada \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_.  
*(firma)*

(\*) De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, le informamos que sus datos están incluidos en un fichero titularidad del Consejo General de Colegios Médicos de España, debidamente registrados ante la Agencia Española de Protección de Datos, cuya finalidad consiste en la gestión de los datos necesarios para la emisión de recetas así como verificación de sus dispensación. Le informamos que sus datos también se encuentran en posesión de los debidos ficheros de este Colegio. En caso de ser su deseo el ejercicio de alguno de los derechos ARCO amparados en la normativa mencionada, deberá dirigir dicha solicitud acompañada de documentos acreditativos de su identidad a la sede del Consejo General de Colegios Médicos de España

#### Retirada de las recetas:

Retiro del Colegio de Médicos de Granada las recetas con núm. de lote \_\_\_\_\_

Recetas del núm. \_\_\_\_\_ al núm. \_\_\_\_\_

Granada a, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_.  
*(firma)*

Solicitante.

Autorizada por solicitante: D. \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_