

# ΚΑΤΑΧΩΡΗΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΓΙΑ ΚΑΕΦ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟΣ που αποχωρεί	
ΑΦΜ ΑΤΟΜΙΚΟ	
ΑΜΚΑ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΟΙΚΙΑΣ	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΙΝΗΤΟ	
EMAIL	
ΗΜΕΡ.ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ	
ΛΟΓΟΣ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ	

Συμπληρώνοντας τα ανωτέρω στοιχεία, δίνω την συγκατάθεσή μου στον Φαρμακευτικό Σύλλογο Αττικής για επεξεργασία αυτών και αποστολή προς τον Π.Φ.Σ., για διευθέτηση του ΚΑΕΦ και έχω ενημερωθεί για τα δικαιώματά μου ως προς την επεξεργασία των στοιχείων μου και για ότι σχετικό θέλω μπορώ να επικοινωνήσω με τον **Υπεύθυνο Επεξεργασίας δεδομένων και Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ, Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου**, που εδρεύει στην Αθήνα, Μυλλέρου 1 και Αγησιλάου, Τ.Κ. 10436 («Υπεύθυνος Επεξεργασίας») όπου Υπεύθυνος Προστασίας Δεδομένων («ΥΠΔ») είναι ο κος Βασίλειος Πεσκελίδης με ηλεκτρονική διεύθυνση επικοινωνίας : [dataprotection@fsa.gr](mailto:dataprotection@fsa.gr)

**Υπογραφή**

.....