



SOLICITUD ACCESO PROGRAMA RECETAS 2.0

| | | | | | |
|--------------------------------|--|-------------------------------|--|-------------------|--|
| DATOS DEL VETERINARIO/A | | Nº COLEGIADO/A: | | | |
| | | PROVINCIA COLEGIACIÓN: | | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS: | | | | | |
| D.N.I./N.I.F./NIE: | | DOMICILIO: | | | |
| C.P.: | | POBLACIÓN: | | PROVINCIA: | |
| TELÉFONO 1: | | TELÉFONO 2: | | EMAIL: | |

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD CUMPLIR LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- Cumplir con las directrices establecidas por el Consell Valencià de Col·legis Veterinaris y las Consellerias competentes en la materia, así como modificaciones futuras, nuevas instrucciones y normativas.
- Tener la Declaración Responsable de Designación de Veterinario Responsable de Explotación conforme al Real Decreto 364/2023.
- Mantener un riguroso control y secreto de los datos que reconoce a las personas la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).
- Que los datos facilitados y documentos aportados son ciertos y corresponden con la realidad, asumiendo cualquier responsabilidad por la inexactitud de estos.

FECHA

FIRMA