DOCUMENT D'ADHESIÓ AL PROGRAMA **TAR** (TEST D'ANTIGÈNICS RÀPID)

VOLUNTARI A LES OFICINES DE FARMÀCIA DE CATALUNYA.

El/la Sr./a. ..... , farmacèutic/a, major d'edat, amb DNI/NIE..... , titular de l'oficina de farmàcia num. (UP) .....

Formalitzo l'ADHESIÓ Modul "TAR" supervisat no finançat que s'estén de manera expressa a les condicions d'aplicació que s'hi especifiquen.

Amb la signatura d'aquesta Adhesió, em comprometo a seguir el protocol de l'esmentat mòdul per a la prestació del servei als usuaris que el demandin i a garantir el manteniment dels requisits tècnics mínims establerts.

Política de privacitat.-

El/la farmacèutic/a sotasignant és responsable de tractament de les dades dels usuaris a les que tinguin accés per la prestació dels serveis. Es compromet a complir la normativa vigent en matèria de protecció de dades de caràcter personal i a obtenir el consentiment informat de l'usuari previ a la prestació del servei. El Col·legi de Farmacèutics on consta col·legiat i el Consell de Col·legis de Farmacèutics de Catalunya són encarregat i sot encarregat de tractament respectivament pel que fa a les funcions d'identificació, registre i emmagatzematge de la informació que es genera amb la intervenció del/de la farmacèutic/a. Les obligacions i responsabilitats de les parts en el tractament d'aquesta informació consten en el contracte de llicencia per donar-se d'alta a la plataforma de "Farmaserveis".

***(es pot acceptar com a "acceptació adhesió", o signar amb certificat digital)**