



SOLICITUD TRASLADO DE EXPEDIENTE

D./Dña.....con D.N.I.....

Con nº de colegiado/
a.....teléfono.....

email.....domicilio en.....

Nº.....piso.....municipio de.....con título de.....

SOLICITA:

Su traslado de expediente al Ittre. Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de.....por ejercer su actividad principal en:

DATOS CONSULTA:

Dirección.....Nº.....Piso.....

Población.....Provincia.....Teléfono.....

Fax.....E-mail.....

Días y horas de atención al público.....

Otros motivos.....

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL:

Dispongo y aporto copia

Compañía.....

Nº de póliza.....

Fecha cobertura.....

No dispone. Motivos.....

DATOS BANCARIOS:

Domiciliación de pagos colegiales: Entidad.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Logroño a.....de.....de 201

Firma interesado/a:

