

COLEGIO OFICIAL DE ODONTOLOGOS Y ESTOMATOLOGOS DE GIPUZKOA

Solicitud de traspaso de expediente

Don/Doña.....con D.N.I.....,
con el numero de colegiado/a.....
teléfono.....,email.....
domicilio en calle.....nº.....piso.....,
del municipio de, con título de.....

SOLICITA

su traslado de expediente al Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de....., por
ejercer su actividad principal en :

DATOS CONSULTA:

Dirección:.....nº.....piso.....C.P.:.....
Población:.....Provincia.....
Teléfono:.....Fax:.....email:.....@.....
Días y horas de atención al público:.....

Otros motivos:.....

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Dispongo y aporto copia
Compañía:.....
Nº póliza:.....
Fecha cobertura:.....

No dispone
Motivos:.....

DATOS BANCARIOS

Domiciliación de pagos colegiales :

Entidad:.....BIC:.....IBAN:.....

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

San Sebastián-Donostia, ade.....de.....

Firma de la persona interesada