



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:.....

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

Autorizo al Colegio de Dentistas de Gipuzkoa que la cesión de mis datos colegiales al Colegio de.....

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

Firma de la persona interesada