



C.D.E.

Colegio de Dentistas
de Extremadura

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE PAGO DE CUOTAS COLEGIALES

D./DÑA. _____ COLEGIADO Nº: _____

CON D.N.I. _____, CON RESIDENCIA EN _____

CALLE _____ Nº _____ PISO _____ LETRA _____

EXPONE:

QUE PRECISA CERTIFICACIÓN COLEGIAL PARA SU PRESENTACIÓN EN

EN LA QUE HAGA CONSTAR:

LAS CUOTAS COLEGIALES SATISFECHAS _____

SOLICITA:

LA EMISIÓN DEL CORRESPONDIENTE CERTIFICADO.

CÁCERES A _____ DE _____ DE _____

Firma:

Responsable	COLEGIO DE DENTISTAS DE EXTREMADURA
Finalidad	Cumplimiento de los fines propios del Colegio de Dentistas de Extremadura
Legitimación	Misión en Interés público o “Ejercicio de Poderes Públicos”
Destinatarios	No se cederán datos a terceros salvo obligación legal.
Derechos	Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en nuestra página web www.dentistasextremadura.es

SRA./SR. SECRETARIO DEL COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE EXTREMADURA