

SOLICITUD DE TRASLADO DE EXPEDIENTE

Nº colegiado. _____ Apellidos y Nombre _____

Titulación _____ e-mail _____

Dirección _____ C.P. _____

Ciudad _____ Provincia _____ Teléfono _____

DICE:

Que por haber variado el lugar de ejercicio de mi actividad profesional con carácter UNICO/PRINCIPAL que se llevará a cabo en la clínica:

Indicar dirección completa:

Nombre de la Clínica _____ C.P. _____

Dirección _____ Provincia _____

E-mail _____ Teléfono _____

Solicito:

El traslado de mi expediente de colegiación al colegio profesional de _____

Se anexa copia del Seguro de Responsabilidad Civil

DATOS BANCARIOS IBAN (4 dígitos en cada casilla)

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
EXTRMADURA