



VARIACION DE DATOS

NUMERO DE COLEGIADO:

APELLIDOS Y NOMBRE _____

DOMICILIO
Corresponde a: <input type="checkbox"/> Domicilio particular <input type="checkbox"/> Domicilio profesional
Calle _____ Núm _____
Localidad _____ Provincia _____ C.P _____
Teléfono _____ E-mail _____

Fecha:

Firma:

CÁCERES A ____ DE _____ DE _____

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