COLEGIO OFICIAL
DE DENTISTAS DE ALMERÍA

C/. Los Picos, 5- Entr. 7 • 04004 ALMERIA • Teléfono 950 26 72 78 • Fax 950 24 49 57

## SOLICITUD DE TRASLADO DE EXPEDIENTE

Don/Doña_____
con DNI/-nº Pasaporte/NIB _____ con el nº de colegiado/a _____
Domicilio en _____ número, piso, letra _____
Código Postal _____ Población _____ Provincia _____
Con título de _____
Con motivo de mi traslado al Colegio _____

Les pido que sea traslado mi expediente personal a dicho colegio, por ejercer mi actividad principal en ese ámbito territorial, siendo mi domicilio profesional en dicha provincia:

Domicilio en _____ número, piso, letra _____
Código Postal _____ Población _____ Provincia _____
Teléfono _____e-mail _____
Otros Motivos: _____

## DATOS BANCARIOS

Titular de la cuenta _____
Banco o Caja _____
Código de Cuenta :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

SWIF/BIC:

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

IBAN:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

## SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Dispongo y aporto copia
No dispongo
Motivo: _____

Lo que solicito en Almería, a _____de _____de_____

Firma del solicitante