



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 COLEGIACIÓN

FOTOGRAFIA

Colegiado nº _____

| | | |
|----------------------|-------------|-------|
| D. / Dña. | | |
| Natural: | Provincia: | |
| Fecha de nacimiento: | D.N.I: | |
| Domicilio: | | |
| Población: | Provincia: | C.P.: |
| Teléfono Fijo: | Tlf. Móvil: | Fax: |
| Correo electrónico: | | |

DATOS ACADÉMICOS

| | |
|------------------------|---------------|
| Título: | Especialidad: |
| Fecha fin de carrera: | Fecha Título: |
| Facultad: | |
| Colegio de Procedencia | |

Acatando por la firma de la presente todas las disposiciones que regulan la colegiación obligatoria, me obligo y comprometo a abonar las cuotas colegiales ordinarias y extraordinarias establecidas o que se impongan, que haré efectivo en el Colegio en el que solicito mi incorporación, sometiéndome de modo expreso a la jurisdicción de los Juzgados y Tribunales a que corresponde dicho Colegio, renunciando al fuero del Juzgado y Tribunal de mi domicilio, lo que hago voluntariamente y de modo expreso a favor de los Tribunales a que pertenecen el Colegio en el que pretendo mi colegiación.

Acatando los Estatutos del Colegio así como el Código Deontológico vigente.

Almería, a _____ de _____ de 20_____

Fdo. _____

Vº Bª
El Presidente

El Secretario

ILMO. SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE ALMERÍA.