



CENTRO DE ESTUDIOS ODONTO-ESTOMATOLOGICOS
Luis Merelo y Mas, 1-Bajo
46023 VALENCIA

SOLICITUD DE INSCRIPCION

D/D^a _____ Colegiado/a nº _____

en el Colegio de _____ desde _____

Estomatólogo Méd. Odontólogo Odontólogo con domicilio clínico en la

c/ _____ Localidad _____

C.P. _____ Provincia _____ Teléfono _____ D.N.I. _____

e-mail _____

desea ingresar como Miembro Numerario de esta Asociación, comprometiéndose en el acto de firmar la presente solicitud, a cumplir los Estatutos Reglamento y a colaborar en los fines que le son comunes.

Firma solicitante

Valencia, a ____ de _____ de _____

Los abajo firmantes, miembros de la Sociedad, al presentar al/ a la solicitante declaran que reúne la condiciones reglamentarias exigidas para pertenecer a ella.

Firma

Firma

Fdo.: _____

Fdo.: _____

DILIGENCIA DE INGRESO

La Junta Directiva, en reunión celebrada el día _____ de _____ de _____ ha estudiado la presente solicitud, y estimando que el/la solicitante reúne las condiciones reglamentarias exigidas, ha tomado el acuerdo de admitirle como Miembro Numerario con efectos del día _____ de _____ de _____

El Secretario

DATOS PERSONALES

Nacido/a en _____ Provincia de _____
el día ____ de _____ de _____

Curso sus estudios de Odontología Estomatología en la Facultad
de _____

Otros títulos Universitarios y profesionales que posee:

Cargos oficiales que desempeña en relación con la especialidad y fechas:

Ramas de la especialidad a las que dedica atención preferente:

DOMICILIACION BANCARIA

CÓD. IBAN ENTIDAD SUCURSAL DC N° CTA. CTE.

Banco _____

Agencia _____

Localidad _____

C.P. _____

Provincia _____