



Ilustre Colegio de
Odontólogos y Estomatólogos
de Segovia

Apdo. de Correos, 323
40080 Segovia
Fax 921 42 44 51

VARIACION DE DATOS

NUMERO DE COLEGIADO _____
APELLIDOS Y NOMBRE _____

Desea que sus datos sean facilitados para recibir correspondencia ajena al Colegio: SI NO

DOMICILIO DE CORREO Corresponde a: Domicilio particular Domicilio profesional

Calle _____ Núm. _____ Piso _____ Puerta _____ Esc _____
Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____
Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____

DOMICILIO PROFESIONAL : DIRECCION ACTUAL

Calle _____ Núm. _____ Piso _____ Puerta _____ Esc _____
Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____
Teléfono _____ Horario de consulta: _____ Días _____
Ejerce como: Responsable Sanitario
Colaborador

Calle _____ Núm. _____ Piso _____ Puerta _____ Esc _____
Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____
Teléfono _____ Horario de consulta: _____ Días _____
Ejerce como: Responsable Sanitario
Colaborador

Nombre y domicilio del taller de prótesis _____

DIRECCION A ANULAR

Calle _____ Núm. _____ Piso _____ Puerta _____ Esc _____
Localidad _____ Provincia _____ C.P. _____
Ejerce como: Responsable Sanitario
Colaborador

Nombre y domicilio del laboratorio de prótesis _____

Los datos contenidos en este parte de variaciones anulan a los anteriores.

OBSERVACIONES:

Fecha _____

Fdo.: _____