

A la Secretaría del Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Castilla la Mancha:

D./Dña.,
con DNI....., Nacido el
..... y con domicilio en C/
..... localidad
..... Provincia
Código Postal Teléfono
.....

Ejerciente: SI NO

Nombre del Laboratorio donde ejerce

.....

Titular: o Asalariado:

Dirección del Laboratorio:

C/..... Nº..... Localidad
..... Teléfono: E-Mail
.....

Especialidad:

Prótesis Fija: Prótesis Removible: Ortodoncia:

Otros: (especificar)

Nº de Cuenta:

EXPONE:

Teniendo la titulación de Protésico Dental según se establece en la Ley 10/1986 de 17 de Marzo o de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 1594/1994 tal como se recoge en el documento o título de (1) de fecha expedido por

Que ejerce su profesión en la localidad de
Provincia y no estando sometido a causa de incapacidad o incompatibilidad para el ejercicio de la profesión.

Solicita a la secretaria:

El ingreso como miembro del Colegio Oficial de Protésicos Dentales de Castilla la Mancha, comprometiéndose a satisfacer puntualmente con las cuotas colegiales establecidas y a cumplir escrupulosamente con los Estatutos del Colegio.

Firmado.

En a de de 2007.

(1) Título de Protésico Dental o certificado de Habilitación Profesional.
Organismo que concede el título o certificado de Habilitación Profesional.