



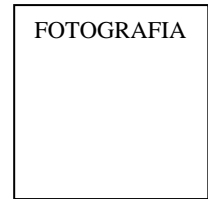
**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE DENTISTAS DE ALMERÍA**

C/. Los Picos, 5 – Entr.7 · 04004 · Teléfono 950 26 7278 · Fax 950 24 49 57

SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

FOTOGRAFIA

Colegiado nº _____



D. / Dña.			
Natural:		Provincia:	
Fecha de nacimiento:		D.N.I.	
Domicilio:		Nº	Piso:
Población:		Provincia:	
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, así como los recibos de Patronatos de Huérfanos de Odontólogos y estomatólogos, cuyo pago de las cuotas establecidas o de las que se establezcan en lo sucesivo lo 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, renunciado al fuero del Juzgado o 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 2.00__

Fdo. _____

Vº Bº
El Presidente

El Secretario

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