



**SOLICITUD DE ALTA DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL**

Almería, ___ de _____ de 2.00 __

D. / Dña. _____

D.N.I.: _____ N° COLEGIADO: _____

DOMICILIO CONSULTA: _____

POBLACIÓN CONSULTA: _____ PROVINCIA: _____

N° TELÉFONO: _____ N° MÓVIL: _____ FAX: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

Informado de las condiciones de la Póliza del Seguro de Responsabilidad Civil Profesional que el Colegio Oficial de Dentistas de Almería, ha negociado con la Compañía de Seguros A.M.A., deseo inscribirme a ella, autorizando al Colegio a pasar a través del banco, el recibo correspondiente a las coberturas específicas.

Conforme con dichas condiciones y aceptando el cobro del recibo, firmo la presente autorización.

Fdo. _____