

YO, D. / D^a _____ , CON N.I.F
Nº _____ (adjunto documento o copia reconocible del mismo), Y NÚMERO DE
COLEGIADO _____, AUTORIZO A D. / D^a _____
_____, CON NIF Nº _____ (deberá presentar el
documento original en la secretaría del colegio) para recoger los talonarios solicitados

FIRMA DEL COLEGIADO

FIRMA AUTORIZADO

Nota legal: de acuerdo con lo establecido en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, les informamos que los datos que figuran en este documento, están incluidos en un fichero propiedad del **ILUSTRE COLEGIO DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE ALBACETE** Para el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición, podrán dirigirse en cualquier momento a dicha entidad, en el domicilio sito en **Plaza Altozano, 11 - 1º 02001 Albacete.**