COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
SALAMANCA

DOMICILIO SOCIAL:
BIENTOCADAS 7 – 37002 SALAMANCA
TF: 923 263462 / FAX: 923 260062
E-mail: oficinas@comsalamanca.es
Pág web: www.comsalamanca.es

DECLARACIÓN DE PRIMERA COLEGIACIÓN

D./Dª_____

Con DNI / NIE / Pasaporte _____ DECLARA que no ha estado colegiado/a ni ha ejercido la Medicina en ninguna otra provincia del Territorio del Estado Español.

Salamanca, _____ de _____ de 20____.

Fdo.:

Sr/a. Presidente/a del COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SALAMANCA

RESPONSABLE: COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SALAMANCA. DOMICILIO: C/ Bientocadas, 737002 Salamanca Salamanca. FINALIDAD: Gestión integral de las relaciones con los clientes. DESTINATARIOS DE LAS CESIONES: Las legalmente establecidas. EJERCICIO DE DERECHOS: Acceso, Rectificación, Supresión, Oposición, Limitación del tratamiento y Portabilidad, en la dirección postal del Responsable o por Email a oficinas@comsalamanca.es. También tiene derecho a presentar reclamación ante la AEPD. CONSERVACIÓN: Mientras dure la relación, dejando a salvo los plazos de prescripción legal y reclamación de posibles responsabilidades. MÁS INFORMACIÓN: En oficinas@comsalamanca.es o en nuestras oficinas.