MODIFICACIÓN DE DATOS

Apellidos y nombre: _____

Número de colegiado/a: _____ DNI/NIE/Pasap.núm.: _____

Datos a modificar:

- Domicilio particular (o para correspondencia) ☐ Otros ☐
- Título Especialidad ☐
- Domicilio profesional ☐
- Cuenta bancaria ☐

MODIFICACIÓN DE DOMICILIO PARTICULAR O PARA CORRESPONDENCIA

Dirección: _____
Código Postal: _____ Municipio: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

MODIFICACIÓN DE DOMICILIO PROFESIONAL

Centro de trabajo: (Hospital, CAP, consulta privada, etc.): _____
Dirección: _____
Código Postal: _____ Municipio: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

MODIFICACIÓN DE CUENTA BANCARIA DE COBRO DE RECIBOS

Banco/Caja: _____
Domicilio: _____

ENTIDAD	OFICINA	D.C.	NUMERO DE CUENTA

REGISTRO TÍTULOS MÉDICO/A ESPECIALISTA

Especialidad: _____ Código: __
Fecha título: _____ Vía obtención:_____
Registro Nacional de Títulos: _____

OTRAS MODIFICACIONES:

EN EL NOMBRE: _____
EN EL DNI/NIE: _____
EN LA NACIONALIDAD: _____

En ____, a ___ de _____ de 20___
Firma:

Sr./a. Secretario/a del Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara

Avda. del Ejército 9 B – 19004 GUADALAJARA – Teléfono y Fax: 949 22 30 17
secretaria@comguada.com - www.comguada.es