



SOLICITUD DE COLEGIACIÓN SIMPLE

El/la que suscribe _____, inscrito en el
Colegio Oficial de Médicos de _____, con número de colegiado _____,
Teléfono _____
Correo electrónico _____

SOLICITA su COLEGIACIÓN SIMPLE en el Colegio de Médicos de esta
provincia, por un período máximo de SEIS MESES, a cuyo efecto acompaña la
documentación correspondiente y declara:

Que se propone ejercer la profesión en
como Médico

Nº de Habilitado :

Asimismo el/la que suscribe RENUNCIA EXPRESAMENTE a disfrutar de los
servicios que presta el Colegio Oficial de Médicos de Cuenca.

Cuenca

(firma)