

DATOS QUE FIGURÁN DE VD. EN LA LISTA DE PERITOS MÉDICOS JUDICIALES DEL ICOMZ

Nº DE COLEGIADO			
APELLIDOS Y NOMBRE			
ESPECIALIDAD MÉDICA PARA EL PERITAJE			
DIRECCIÓN (PARA COMUNICACIONES DEL TRIBUNAL)			
CP Y LOCALIDAD			
TELÉFONO		MÓVIL	
EMAIL			

DESEO: (Marque con una X lo que corresponda)

<input type="checkbox"/>	ALTA EN LA LISTA DE PERITOS MÉDICOS JUDICIALES		
<input type="checkbox"/>	BAJA DE LA LISTA DE PERITOS MÉDICOS JUDICIALES		
<input type="checkbox"/>	MODIFICACIÓN DATOS		
Nº de Colegiado			
Apellidos y Nombre			
Especialidad Médica para el peritaje			
Dirección (Para comunicaciones del Tribunal)			
CP y Localidad			
Teléfono		Móvil	
E-mail			

DESEO RECIBIR LA INFORMACIÓN O PETICIONES QUE REMITEN PARA LOS PERITOS MÉDICOS, LAS EMPRESAS PRIVADAS. (Marque con una X lo que corresponda. La información al Colegiado/-a únicamente será emitida por email).

<input type="checkbox"/>	SÍ DESEO RECIBIR LA INFORMACIÓN O PETICIONES DE EMPRESAS PRIVADAS
EMAIL	
<input type="checkbox"/>	NO DESEO RECIBIR LA INFORMACIÓN O PETICIONES DE EMPRESAS PRIVADAS

En a de de

FIRMA DEL INTERESADO