

FICHA DE DATOS SOLICITUD DE CARNET DE MEDICO COLEGIADO

Incluye Certificado Corporativo de Médico/ Firma Electrónica

Todos los datos a cumplimentar a continuación son obligatorios

NOMBRE		APELLIDOS			
DNI/ NIE		NACIDO EN		EN FECHA	
CON DOMILICIO EN LA CIUDAD DE		CALLE			
CP		PROVINCIA			
TELEFONO FIJO		TELEFONO MOVIL			
CORREO ELECTRONICO					
EN SU CONDICION DE COLEGIADO Nº		DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE ZARAGOZA			

Interviene en su propio nombre y derecho, y por medido de la presente solicita al Colegio de Médicos la emisión del Carnet de Médico Colegiado, que incluye certificado corporativo de medico (firma electrónica) correspondiente a dicho Colegio, de conformidad con la legislación vigente y con las Condiciones Generales de Emisión publicadas convenientemente en la web del cgcom, que se declaran conocer y aceptar en su totalidad.

Asimismo autoriza al Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza a incorporar sus datos personales a un fichero creado bajo su responsabilidad, y que será remitido al consejo General de Colegio de Médicos de España, con la finalidad de emitir y gestionar el ciclo de vida del Certificado solicitado, y consiente su tratamiento con la finalidad de ofrecerle los servicios de certificación relacionados con la presente solicitud.

El solicitante declara que los datos facilitados son correctos, así como el conocimiento ya aceptación de las Condiciones Generales de Emisión.

Y para que así conste firmo la presente solicitud en Zaragoza a de de 20