



SOLICITUD DE COLEGIACIÓN

Don / Doña _____
con NIF o Pasaporte _____, Licenciado en
Medicina y Cirugía.

EXPONE

Que desea incorporarse al colegio de su Presidencia, proponiéndose ejercer la profesión en (1) _____, en la modalidad de (2) _____, encontrándose en condiciones legales para ellos por reunir los requisitos exigidos en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y la Legislación Vigente.

SOLICITA

Que teniendo presentada esta instancia, así como los documentos acreditativos, se sirva admitirle como Colegiado.

En Zaragoza a de de

- (1) Indicar el lugar.
- (2) Modalidad de ejercicio médico: público, privado o mixto.

FIRMA DEL INTERESADO



Ficha de Datos de Colegiado/a

NUMERO DE COLEGIADO

A PERSONALES									
Primer Apellido					Segundo Apellido				
Nombre									
Fecha Nacimiento				Localidad					
Provincia				País					
D.N.I o Pasaporte				Sexo		Hombre		Mujer	

B DOMICILIO									
Tipo de vía (Av, Calle, Plaza...)				Dirección					
Número		Piso		Letra		Código Postal			
Localidad				Provincia					
País				Fijo			Móvil		
email									

C BANCARIOS									
BANCO O CAJA									
E	S								

Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor- Como parte de sus derechos el deudor está legitimado al reembolso por su entidad en los términos y condiciones del contrato suscrito con la misma. La solicitud de reembolso debe efectuarse dentro de las ocho semanas que siguen a la fecha de adeudo en cuenta. Puede obtener información adicional sobre sus derechos en su entidad financiera.

D ACADÉMICOS										* Marque en la Columna P – la Especialidad Principal									
Licenciado/a en (Universidad)																			
Fecha Fin Carrera					Fecha Resguardo					Fecha Título									
Doctorado en (Universidad)																			
Fecha Fin Doctorado					Fecha Resguardo					Fecha Doctorado									
Especialidades Médicas (Reconocidas Oficialmente)							P*	Fecha Resguardo				Fecha Título							



Ficha de Datos de Colegiado/a

NUMERO DE COLEGIADO

EN FORMACIÓN M.I.R	Centro		
Especialidad MIR		Fecha Inicio	Fecha Fin

E	PROFESIONALES						
Tipo de Ejercicio Médico	Público		Privado		Mixto (Privado y Público)		
Centro de Trabajo (Nombre)							
Localidad				Provincia			
Consulta Privada (Calle/Avda /Plaza)							
Localidad				Provincia			
Código Postal		☎ FIJO		☎ Fax			
email				web			

F	COLEGIACIÓN					
Colegiado Por Primera Vez	SI		NO		Fecha 1ª Colegiación	
Colegio de Procedencia					Fecha Reingreso	
Sociedad Científica a la que Pertenece						

G	REMISIÓN DE COMUNICACIONES					
----------	-----------------------------------	--	--	--	--	--

Comunicaciones Colegiales. El colegiado abajo firmante autoriza el envío de información exclusivamente colegial en cumplimiento de la normativa vigente.

En Zaragoza a de de

Firma Del Interesado