



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS
DE LA REGIÓN DE MURCIA

IMPRESO DE EJERCICIO PROFESIONAL

D. _____ declara que dispone, debidamente instalada de una Clínica Dental, sita en la localidad de _____ Calle _____
Nº _____ Piso _____ D.P. _____ Teléfono _____

Si ejerce la especialidad en varias clínicas, indicar la dirección de las mismas y sus números de Registro de Establecimientos Sanitarios(R.E.S.) _____

Si ejerce con otro profesional, indicar el nombre del mismo así como su Nº. Colegiado. _____

Si no es propietario de la Clínica donde ejerce, indicar el nombre del propietario o sociedad propietaria, así como el Nº de R.E.S. de dicha clínica _____

Indicar el horario de trabajo en las distintas clínicas dentales _____

Actividad principal (tachar lo que proceda): Odontología Gral, Estomatología Gral., Odont. Conservadora, Prótesis, Endodoncia, Periodoncia, Odontopediatría, Ortodoncia, Cirugía Maxilofacial, Implantología.

En caso de ser apertura de nueva Clínica, el Colegio informará sobre la documentación a presentar para la obtención del Registro de Establecimientos Sanitarios. (R.E.S.).