



A LA JUNTA DE GOBIERNO DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE MURCIA

Número de Colegiado:

Nombre:

Apellidos:

D.N.I / N.I.F:

**DATOS PROFESIONALES**

Dirección de la Clínica:

Telf. Fijo:

Telf. Móvil

Correo Electrónico

El abajo firmante otorga al Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Murcia su consentimiento expreso para la cesión de la dirección de la clínica, teléfono fijo, su número de teléfono móvil y su dirección de correo electrónico, de carácter profesional, cuando a efectos de mejorar la calidad profesional de sus colegiados, su comunicación y poder prestar un servicio de información, tuviéramos que comunicarlos a terceros. Consentimiento que se hace efectivo con la firma del presente documento.

Para el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición deberá dirigirse a la dirección del Responsable del fichero: Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Murcia. C/ María Zambrano, nº 4, bajo. 30007 de Murcia, o a la dirección de correo electrónico: [info@dentistasmurcia.com](mailto:info@dentistasmurcia.com)

En Murcia :  .

Firmado: