

PARTE DE ALTA DE COLEGIADOS

Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la _____ Región.
Mes de _____ de _____

Número de Colegiado:	Apellido 1º:
Apellido 2º:	Nombre:
N.I.F.:	Fecha de Alta:

CLINICA PRINCIPAL

Dirección:	Código Postal:
Ciudad:	Provincia:
Teléfono:	Nombre Clínica:

SEGUNDA CLINICA

Dirección:	Código Postal:
Ciudad:	Provincia:
Teléfono:	Nombre Clínica:

Fecha de Nacimiento:	Lugar:
País:	Nacionalidad:
Licenciado en Medicina (S/N):	Expedido en:
Código del Título:	Expedido en:
Universidad:	Fecha de Titulación:
Fecha de Homologación:	Código de Actividad Principal:

DOMICILIO PARTICULAR

Dirección:	
Código Postal:	Ciudad:
Provincia:	Teléfono:

OBSERVACIONES: _____

CODIGO DE TITULACION

E	ESTOMATOLOGO
EC	ESTOMATOLOGO CONV.
ECE	ESTOMATOLOGO C.E.E.
EE	ESPECIALISTA ESTOMAT.
MOC	MEDICO ODONT. CONV.
MOE	MEDICO ODONT. ESP.
O	ODONTOLOGO
OC	ODONT. CONVALIDADO
OCE	ODONTOLOGO C.E.E.
OE	ODONTOLOGO ESPAÑOL

CODIGO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL

01	ODONTOLOGIA GRAL.
02	ESTOMATOLOGIA GRAL.
03	ODONT. CONSERVADORA
04	PROTESIS
05	ENDODONCIA
06	PERIODONCIA
07	ODONTOPEDIATRIA
08	ORTODONCIA
09	CIRUGIA MAXILOFACIAL
10	IMPLANTOLOGIA

CODIGO DE SITUACION

N	NUMERARIO
H	HONORIFICO
EC	EXENTO DE CUOTAS
SE	SIN EJERCICIO
SC	SUSPENDIDA COLEGIACION
CH	COLEGIADO DE HONOR
B	BAJA