

NOMBRE Y APELLIDOS _____

NÚMERO DE COLEGIADO _____

DOMICILIO PARTICULAR. Sólo para uso del Colegio

Dirección: _____

Localidad: _____ Cod. Postal: _____ Provincia: _____

Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____

Correo electrónico (1): _____

DOMICILIO PROFESIONAL. (2)

1.- Ejercicio PÚBLICO: En SAS En otra Administración

ÁMBITO PROFESIONAL: Atención Primaria Atención Hospitalaria
 Tutoría/Docencia Gestión/Administración
 Forense/Medicina Legal Inspección

Centro..... _____

Establecimiento..... _____

Domicilio..... _____

Localidad/provincia _____ C.P. _____

Teléfonos y correo-e a disposición del público _____

Especialidad que ejerce _____

2.- Ejercicio PRIVADO: Por cuenta propia Por cuenta ajena

ÁMBITO PROFESIONAL: Consulta o Centro Médico Atención Hospitalaria

Centro..... _____

Establecimiento..... _____ NICA _____

Domicilio..... _____

Localidad/provincia _____ C.P. _____

Teléfonos a disposición del público _____

Correo electrónico a disposición del público _____

Especialidad que ejerce _____

3.- SIN EJERCICIO: Jubilado; En desempleo; En precario; Otra causa _____

AUTORIZO al Colegio y sus Instituciones para que me envíe sus comunicaciones postales, electrónicas y telefónicas a las direcciones y teléfonos correspondientes que figuran en el apartado DOMICILIO PARTICULAR.

(1) De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento UE 679/2016 y en la Ley Orgánica 3/2018, autorizo al Colegio de Médicos de Granada para que me envíe información a la dirección de correo electrónico indicada.

(2) El Reglamento UE 679/2016, establece que son fuentes accesibles al público las listas de colegiados que contengan estos datos.

Granada a, _____ de _____ de 20
 (firma)