

SOLICITUD DE ALTA EN CONVENIO ISFAS

Yo _____ con DNI _____ colegiado en el Colegio Oficial de Podólogos de la Región de Murcia con nº _____ deseo adherirme al convenio que desde el Consejo Oficial de Podólogos se firma y se revisa semestralmente con ISFAS.

Con fecha _____ .

Firmado _____

Clínica donde se presta el servicio

NOMBRE SOCIAL
DIRECCION
CODIGO POSTAL
Nº RES
PROVINCIA
TELEFONO
HORARIO DE ATENCION

POBLACION

NOMBRE SOCIAL
DIRECCION
CODIGO POSTAL
PROVINCIA
TELEFONO
HORARIO DE ATENCION

POBLACION

En caso de desear darme de baja lo haré enviando el escrito correspondiente de BAJA la cual se hará efectiva en el siguiente periodo de notificación a las compañías.



COPOMUR
Colegio Oficial de Podólogos de la Región de Murcia

C/ José Castaño 1, 1º E, 30.002 - Murcia
Tel y Fax: 968 25 99 36
www.copomur.es

