

## Profesional con clínica propia

### Datos del Director o responsable sanitario de la Clínica

Nombre y Apellidos:

Número Colegiado:

Teléfono de contacto:

Horario en la Clínica:

Año de colegiación:

Colegio profesional:

Teléfono profesional:

### Datos del Centro o Clínica Dental

Nombre comercial de la clínica:

Dirección de la clínica:

Teléfono:

Código postal:

Ciudad:

Número de profesionales que trabajan en la clínica:

Nombre de los profesionales y número de Colegiado:

Nombre de las Higienistas, Auxiliares de clínica y otros profesionales:

Horario de apertura y cierre y días de trabajo:

Especialidades profesionales de la clínica:

## Profesional que trabaja por cuenta ajena

### Datos del profesional y del centro o clínica dental

Nombre y Apellidos:

Número Colegiado:

Teléfono de contacto:

Nombre comercial de la clínica:

Especialidad:

Dirección:

Teléfono:

Otras clínicas en las que trabaja:

Año de colegiación:

Colegio profesional:

Teléfono profesional:

Código postal:

ciudad:

### Datos del Director o responsable sanitario de la Clínica

Nombre y Apellidos:

Número Colegiado:

Teléfono de contacto:

Año de colegiación:

Colegio profesional:

Teléfono profesional: