

SOLICITUD DE RECETA MÉDICA PRIVADA

Nº colegiado

Apellidos y nombre

DNI

Móvil

Dirección profesional 1ª

Nombre de la Clínica

Dirección

Provincia

Población

Teléfono

E-mail de la clínica(obligatorio)

Nº de talonarios con la dirección de esta clínica (consta de 100 recetas)

PDF

XML

Dirección profesional 2ª

Nombre de la Clínica

Dirección

Provincia

Población

Teléfono

E-mail de la clínica(obligatorio)

Nº de talonarios con la dirección de esta clínica (consta de 100 recetas)

PDF

XML

Firma

Fecha

“Los datos que nos ha facilitado se recogen para el ejercicio de una misión en interés público y son necesarios para gestionar y mantener su colegiación. No se comunicarán a terceros salvo al Consejo de Colegios de dentistas de España y al Consejo Autonómico de Colegios profesionales de Castilla y León, no se transferirán fuera de la Unión Europea y se conservarán durante el tiempo que permanezca en alta como colegiado y hasta cinco años desde el cesa en esta situación salvo los datos de contacto que serán de conservación permanente. Puede acceder a sus datos, solicitar la rectificación o supresión, oponerse al tratamiento y solicitar su limitación mediante los formularios que se encuentra a su disposición en la dirección electrónica indicada. Puede presentar una reclamación ante la APD, mediante su sede electrónica o, si procede, por medios no electrónicos.

Responsable del tratamiento: Iltre. Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de Salamanca (C/ Juan Picornell, 7 Bajo CP 37006 Salamanca. Tel. 923134801, sede electrónica: <https://colegiodentistassalamanca.es/>

Delegado de protección de datos: D. Manel Rodríguez, Avda. Barcelona, 115 - 3 puerta3 08970 Sant Joan Despi (Barcelona) dpd@utpr.es”