

DATOS PARA EL ORDENADOR

- 01.—Apellidos.....
- 02.—Nombre.....
- 03.—Sexo: varón..... hembra.....
- 04.—Domicilio: Calle/Plaza..... núm.....
- 05.—Población..... Provincia.....
- 06.—Teléfono.....
- 07.—Número de Colegiado.....
- 08.—Número de D.N.I.....
- 09.—Número del Registro de Personal.....
- 10.—Número de la cartilla de la Seguridad Social.....
- 11.—Fecha de nacimiento.....
- 12.—Lugar de nacimiento: Población..... Provincia.....
- 13.—Estado Civil:
 - 1.—soltero.....
 - 2.—casado.....
 - 3.—separado.....
 - 4.—divorciado.....
 - 5.—viudo.....
- 14.—Nombre del cónyuge.....
- 15.—Número de hijos: varones..... hembras.....
- 16.—Entidad bancaria..... Domicilio..... Población.....
- 17.—Número de la cuenta.....
- 18.—Sección a que pertenece:
 - 1.—Médicos titulares.....
 - 2.—Medicina Rural.....
 - 3.—Medicina Hospitalaria.....
 - 4.—Medicina Extrahospitalaria.....
 - 5.—Asistencia Colectiva.....
 - 6.—Ejercicio Libre.....
 - 7.—Médicos Jubilados.....
 - 8.—De menos de cinco años y/o en formación.....
 - 9.—En desempleo.....
- 19.—Fecha de alta en el Colegio.....
- 20.—1.^a Colegiación: Fecha..... Colegio.....
- 21.—Colegio de procedencia.....
- 22.—Fecha del fin de carrera.....
- 23.—Fecha de expedición del título.....
- 24.—Clase de colegiado:
 - 1.—en ejercicio.....
 - 2.—sin ejercicio.....
 - 3.—honorífico.....
 - 4.—de honor.....
- 25.—Especialidad principal.....
- 26.—Otras especialidades.....
- 27.—Cargo principal.....
- 28.—Otros cargos.....
- 29.—Número de asociado a Previsión Sanitaria.....
- 30.—Asociado a la Derrama de defunción: sí..... no.....

....., a..... de..... de 1986

Firmado,