



REGISTRO DE REGENTES ODONTOLÓGICOS

i. Datos del Odontólogo/a

Nombre: _____ Código: _____

Números Telefónicos: _____
Casa celular

Correo electrónico: _____.

ii. Datos de la Clínica Dental

Nombre de la clínica: _____

Números Telefónicos: _____
Clínica Fax

Provincia _____ Cantón _____ Distrito _____

Dirección exacta: _____.

Correo electrónico: _____.

Observaciones:

Firma del odontólogo (a)

Firma del Funcionario del CCDCR

____/____/____
Fecha