



Tomo: _____/Folio: _____/Asiento: _____

*Este espacio es de uso exclusivo del CCDCR.

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: **Indicar: # de Calles:** _____ / _____, **# de Avenidas** _____

Otras señas: _____

Correo electrónico: _____.

Fecha en la que inició sus labores en la Empresa y/o Clínica: _____.

Observaciones:

Declaro bajo juramento, que la información suministrada anteriormente es verdadera.

Firma del odontólogo (a)

Firma del Funcionario del CCDCR

_____/_____/_____
Fecha

Notas importantes:

- ☞ Para la inscripción de esta regencia debe adjuntar copia de la cédula de identidad.
- ☞ Es obligación del odontólogo que firma esta boleta, informar cuando deje de laborar en la clínica dental.
- ☞ Si el nombre de la clínica corresponde a una razón social, deberá aportar una copia de la personería jurídica vigente (con no menos de 2 meses de emitida).