

# COLEGIO DE CIRUJANOS DENTISTAS DE COSTA RICA

## FORMULARIO DE REGISTRO PROGRAMA REGALANDO SONRISAS



### 1. INFORMACION BASICA

<b>Nombre de la Clínica Dental:</b>		
Dirección exacta:		
Provincia:	Cantón:	Distrito:
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Fax:
Sitio web	Correo electrónico	Fecha inscripción

### 2. INFORMACION COMPLEMENTARIA

<b>Nombre Representante:</b>	<b># Colegiado:</b>
Nombre de odontólogos que laboren en dicha clínica	Cargo
•	
•	
•	

Me comprometo a atender de manera voluntaria y gratuita a los pacientes que estoy en disposición de recibir en mi consulta para colaborar con el Programa Regalando Sonrisas liderado por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica, del cual pertenezco. En coordinación con las instituciones CEN –CINAI y AGEKO encargados de ser los centros de acopio para los beneficiados. Esperaré a la asignación del paciente.

#### **PUEDO ATENDER DE MANERA VOLUNTARIA Y GRATUITA A:**

Niños del CEN CINAI: # \_\_\_\_\_ Adultos Mayores AGEKO: # \_\_\_\_\_

**Nota:** El Odontólogo participante indicará el día y hora su conveniencia para brindar la atención dental.

Correo electrónico donde notificar: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_