

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ZARAGOZA

Paseo Ruiseñores, 2 – Zaragoza

D. _____, con D.N.I. N° _____, doctor en Medicina y Cirugía, colegiado con el n° _____ en el Iltr. Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza

Por la presente, **SOLICITA** documento acreditativo del registro de firma visado por ese Iltr. Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza.

Zaragoza, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: D. _____