

Col·legi Oficial de Fisioterapeutes d'Andorra

DATA DE COL·LEGIACIÓ :

NUM COL·LEGIAT :

Dades Personals

Nom :

Cognoms :

Data de naixement :

Nº Passaport :

Tel :

Fax : -

Domicili :

Parròquia :

E-mail:

Dades Acadèmiques

Titulació : Diplomatura (Grau) Llicenciatura

Altres

Centre Universitari:

Any titulació:

Altres estudis (postgraus, formació continuada, etc):

Dades Lloc de treball

Nom del Centre:

Nom Titular del Centre :

Domicili :

Parròquia :

Tel :

Fax :

E-mail :

Dades Bancàries

Per la present, autoritzo al Col·legi Oficial de Fisioterapeutes d'Andorra a transferir l'import de la quota anual al meu número de compte bancari :

Banc :

Oficina:

Num. de compte :

Signatura Titular: