

**ANEXO III**

D./Dña..... en calidad de Director Asistencial/Responsable Sanitario de la Clínica Dental..... con número de registro sanitario de la CAM..... y sita en la C/.....Nº.....C.P..... de....., Madrid. // Teléfono Clínica:.....

**CERTIFICA:**

- Que D./Dña. .... con Nº de colegiado: ..... presta sus servicios en el Centro sanitario referido.
  
- Que D./Dña..... cuenta con la autorización del titular del Centro sanitario referido para atender en sus instalaciones a los pacientes que sean derivados por el SERMAS en el marco del Convenio de colaboración suscrito entre el SERMAS y el COEM para la asistencia sanitaria en materia de salud bucodental a población infantil de 6 a 16 años en la Comunidad de Madrid.

Para que así conste, lo firmo en....., a .....

**FIRMA:**

**FECHA:**