

D/Dña. _____

Con número de colegiado _____ autoriza a

D./Dña. _____

Con DNI _____ a recoger en la sede del

Ilustre Colegio Oficial de odontólogos y Estomatólogos de la Iª Región el

pedido de mascarillas solicitado.

Madrid, _____ de 2024

Firma _____