



## DIRECCIÓN CONSULTA

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_,

Comunico los datos de la consulta donde realizo mi actividad profesional:

CONSULTA 1	
Nombre/ razón social:	_____
Dirección	_____ n° _____
Localidad	_____ C.P. _____ Provincia _____
Teléfono	_____ Móvil _____
Mail	_____

CONSULTA 2	
Nombre/ razón social:	_____
Dirección	_____ n° _____
Localidad	_____ C.P. _____ Provincia _____
Teléfono	_____ Móvil _____
Mail	_____

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Fdo.: \_\_\_\_\_



**AVISO LEGAL:** La información contenida en este documento es confidencial y puede revestir el carácter de reservada. Está destinada exclusivamente a su destinatario. El acceso o uso de este mensaje por parte de persona no autorizada pueden ser ilegal. Si no es Ud. la persona destinataria, le rogamos proceda a eliminar su contenido.

Conforme a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, le comunicamos que sus datos de contacto forman parte de un fichero titularidad de COLEGIO OFICIAL DE PODÓLOGOS DE LA RIOJA, al objeto de poder mantener el contacto para la gestión de nuestros servicios. Si desea oponerse, acceder, cancelar y/o rectificar sus datos, puede dirigirse por escrito a COLEGIO DE PODÓLOGOS, C/ Ruavieja 57-59 1º, 26001 Logroño (La Rioja), o enviar un email a [info@podologosrioja.org](mailto:info@podologosrioja.org)