

Form.1-JATO



No. De Colegiado _____

COLEGIO ESTOMATOLÓGICO DE GUATEMALA
ADMINISTRACIÓN DEL TIMBRE ODONTOLÓGICO
INFORMACIÓN GENERAL PROPORCIONADA POR COLEGIADOS

Guatemala _____ de _____ del 20_____.

Nombre Completo: _____ Edad: _____

Número de DPI: _____ Fecha de nacimiento: día mes año

Dirección para notificaciones: _____

Número(s) telefónico(s): _____

Correo electrónico: _____

Categoría Jubilado: SI NO

No.	Nombre del Beneficiario	Número de DPI	Parentesco	%
1				
2				
3				
4				

Total... 100%

Nota: Este formulario puede ser modificado las veces que el colegiado lo solicite.

Firma Colegiado _____