



Ilustre Colegio
Oficial de Médicos
de Madrid

COLEGIACIONES

C/ Santa Isabel, 51 – 28012 Madrid – Tel.: 915 385 100– email colegiaciones@icomem.es

SOLICITUD VISADO DE FIRMA

Nombre del Centro:

Domicilio:

Teléfono:

D/D^a en calidad de Director del Centro de Reconocimientos Médicos con CIF....., número CRC..... y domicilio a efectos de notificaciones en la calle

SOLICITA: Visado de firma por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, del doctor/a..... núm. de colegiado/a 28..... con DNI/NIE/Pasaporte nº Requerimiento de la Dirección General de Tráfico, para poder realizar los certificados médicos del mencionado centro.

Y para que así conste, firmo la presente solicitud en Madrid, a de de

Firma y sello del centro de reconocimientos

Nota: el centro de reconocimiento de conductores tiene que estar en la Comunidad de Madrid.