

Solicitud de Certificación – Símbolo de la Fisioterapia

Nombre de la clínica:

Nombre del propietario o titular:

Provincia:

Colegio:

Número de colegiado:

Dirección fiscal completa:

Dirección del centro (si es distinta a la fiscal):

CIF/NIF del titular:

Tipo de compañía (Marca la casilla correspondiente):

- ☐ Autónomo
- ☐ Sociedades

Verificación previa de requisitos (Marca las casillas correspondientes):

- ☐ Este centro dispone de autorización sanitaria.
- ☐ El fisioterapeuta titular está al corriente de pagos en su Colegio Profesional.
- ☐ Cuento con los permisos municipales y de la comunidad de vecinos necesarios para instalar una banderola identificativa en la fachada.
- ☐ En caso de no disponer del permiso municipal, estoy interesado/a en recibir información sobre la alternativa del vinilo identificativo en escaparate.

Correo electrónico:

Teléfono de contacto:

Comentarios:

Indicaciones de envío:

Remita este formulario debidamente cumplimentado al correo electrónico simbolo@consejo-fisioterapia.org