

ANEXO III

D./Dña..... en calidad de Director Asistencial/Responsable Sanitario de la Clínica Dental..... con número de registro sanitario de la CAM..... y sita en la C/..... Nº..... de....., Madrid. Teléfono de contacto.....

CERTIFICA:

- Que D./Dña. con Nº de colegiado: presta sus servicios en el Centro sanitario referido.

- Que D./Dña..... cuenta con la autorización del titular del Centro sanitario referido para atender en sus instalaciones a los pacientes que sean derivados por el SERMAS en el marco del Convenio de colaboración suscrito entre el SERMAS y el COEM para la asistencia sanitaria en materia de salud bucodental a población de 80 años y más en la Comunidad de Madrid.

Para que así conste, lo firmo en....., a

FIRMA:

FECHA: