MEMORIA DESCRIPTIVA DEL CENTRO O ESTABLECIMIENTO

D._____, titular de la Consulta Dental a la que se refiere la presente Solicitud de Instalación y que se encuentra situada en la calle_____, _____, nº _____, de la localidad de _____.

DECLARA

Que los objetivos asistenciales de la misma son: **"Atender la demanda de la población en Salud Bucodental"**.

Su oferta de servicio:_____

La citada Consulta Dental posee, en Plan de Equipamiento, **todo lo que exige la ley**.

Que las personas que prestan sus servicios profesionales en la citada Consulta Dental son las siguientes:

Nombre y Apellidos	Categ.Prof.	Antigüedad	Nº Colegiado

Sevilla, a_____ de _____ de 2002

Fdo.: