

D/Dª...AQUI EL NOMBRE DEL DENTISTA (CLINICA.....)
.....con DNI Nº, Dentista colegiado Nº del
Colegio de Dentistas de Álava, con dirección en esta capital, callenº
piso.....A, y nº de teléfono.....

MANIFIESTA

Que D/Dª.con DNI es paciente odontológico del suscribiente y
tiene la necesidad de acudir a su Clínica para la prestación de la correspondiente asistencia
bucal dental.

Que tiene día y hora de visita elde.....de 2020

Lo que se hace constar de acuerdo al Decreto 36/2020, en su remisión al artículo 5.1 del Real
Decreto 926/2020; las personas únicamente podrán circular por las vías o espacios de uso
público para la realización de las actividades previstas en: b) Asistencia a centros, servicios y
establecimientos sanitarios.

Vitoria-Gasteiz a de 2020

Fdo.: Dr/Dra.