

D./D^a _____

Titular/representante del **Centro de Reconocimientos Médicos para la obtención de permiso de conducir y de licencias o permisos de armas:**

_____,
situado en la calle _____, n^o _____,
del término municipal de _____.

Comunica que el/la profesional **Médico de Oftalmólogo** que ejercerá en el citado centro es D./D^a _____,
colegiado/a n^o _____, el/la cual se compromete a formar parte del equipo durante el horario de funcionamiento del centro, conforme establece la Orden de 22 de septiembre de 1982 (B.O.E. n^o 238, de 5 de octubre).

_____, a ____ de _____ de 200__

**EL/LA TITULAR/
REPRESENTANTE**

EL/LA PROFESIONAL

DIRECCIÓN DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD.

Servicio de Acreditación.