



FORMULARIO DE REGISTRO

SERVICIO DE GACETILLA DE AVISOS CLASIFICADOS

Por medio del presente, solicito la registración para la utilización del Servicio de Publicación de Avisos Clasificados brindado por el Colegio de Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires – Distrito VIII, declarando conocer y aceptar los Términos y Condiciones de Uso vigentes.

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: _____

DNI: _____

N.º de Matrícula / Registro: _____

Localidad: _____

Domicilio: _____

Teléfono de contacto: _____

Correo electrónico: _____

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en el presente formulario son correctos y completos, y que la información y/o publicaciones que realice mediante el Servicio serán de carácter exclusivamente odontológico, ajustándose a los Términos y Condiciones de Uso establecidos por el COPBA Distrito VIII.

Asimismo, manifiesto conocer que el Colegio actúa únicamente como medio de difusión de los avisos publicados, no asumiendo responsabilidad respecto de las operaciones, contrataciones, productos o servicios ofrecidos.

Lugar: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma: _____

Aclaración: _____