



SOLICITUDE DE ADHESIÓN AO CONVENIO “COIDA OS TEUS OLLOS”

D./D^a.

con DNI

como titular/propietario do establecemento óptico

número do Rexistro de centros, servizos e establecementos sanitarios de Galicia

endereço do establecemento óptico

código postal cidade (provincia)

teléfono de contacto

correo electrónico

Solicito que sexa tramitada a miña inclusión no programa “Coida os teus ollos” mediante a adhesión ao convenio

Data, de de 2021

(Sinatura)

Nome do titular

