



CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO PARA PACIENTES

DE SERVICIO DE OPTOMETRÍA

D./Dña
óptico-optometrista con nº de colegiado/a y DNI.....
con ejercicio en
en la calle de
..... (CP.....)

CERTIFICA

Que tiene visita en nuestro servicio
de optometría el día de de 2021 a las horas.

Así lo hago constar a los efectos que corresponda a de
de 2021.

Firma y sello establecimiento