

ANEXO 2

La justificación del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Melilla se realizará mediante liquidación mensual con la relación de beneficiarios mediante el siguiente modelo:

D^a Carolina Escudero Garnica, titular del DNI núm. XX2989XXX, en calidad de Presidenta del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de la Ciudad de Melilla.

CERTIFICA

Que la relación de pacientes tratados en el Clínica/
Clínicas

_____ con CIF núm. _____ que colaboran con este Colegio Oficial Odontólogos y Estomatólogos de la Ciudad de Melilla en el Programa de Tratamiento Bucodental de personas vulnerables que son objeto de subvención por parte de la Consejería Políticas Sociales y Salud Pública de la Ciudad de Melilla correspondiente al mes _____ del año 2026, son los siguientes:

Nº	NOMBRE Y SPELLIDOS	DNI	FECHA ALTA	FECHA BAJA	TRATAMIENTO RECIBIDO	COSTE TOTAL €)
1						
2						
3						
4						
5						
Total usuarios						Importe total

Lo que certifico a los efectos de..... en Melilla, a ___ de _____ de 2026

Se adjuntan las facturas expedidas por las distintas Clínicas Dentales que participan en el programa a la presente Liquidación

Sello y firma de la Entidad Sanitaria