

FORMULARIO DE HABILITACION DE CONSULTORIO

La Plata, _____

Sr. Presidente del

Colegio de Médicos - DISTRITO I

S/D

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, y por su intermedio a quien corresponda a los efectos de solicitar la **HABILITACION DE MI CONSULTORIO**, ubicado en la CALLE _____, en la LOCALIDAD de _____. En dicho consultorio atenderé los días _____, en el horario de _____ a _____ horas, realizando la ESPECIALIDAD de _____.-

Sin otro particular, saluda a Usted muy atentamente.-

DOMICILIO PARTICULAR: _____

TELEFONO PARTICULAR y CELULAR: _____

E-MAIL: _____

(Firma, aclaración y matrícula provincial)

CANTIDAD DE CONSULTORIOS QUE SE HABILITAN: _____

Nº DE RECIBO DE PAGO y FECHA: _____