|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Uso Interno | | | |
| Fecha Ingreso |  | Trámite Nro: | /23 |

# Solicitud de Habilitación de Consultorio

DIA/MES/AÑO

Presidente del Colegio de Médicos Distrito VII

Dr. Horacio M. Cardus

S / D

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| El que suscribe, Dr/a: |  | | | | | | | | | | |
| Matrícula Provincial No: |  | | | | | | Matrícula Nacional No: | | | |  |
| Domicilio particular -Calle: | |  | | | | | | | | | |
| Número: |  | | | Localidad: |  | | | | | | |
| Código Postal: |  | | | Partido de: |  | | | | | | |
| Domicilio del consultorio -Calle: | |  | | | | | | | | | |
| Número: |  | | | Localidad: |  | | | | | | |
| Código Postal: |  | | | Partido de: |  | | | | | | |
| Teléfono particular: |  | | | | Teléfono celular: | | | | |  | |
| Teléfono del consultorio: |  | | | |  | CONSULTORIO | |  | POLICONSULTORIO | | |
| Correo electrónico: |  | | | | | | | | | | |
| Especialidad/es que desarrollaré: | | |  | | | | | | | | |
| Días y horarios de atención: | | |  | | | | | | | | |

-----------------------------------------------------

Firma y número de matrícula