|  |
| --- |
| 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: |  |

Adjunto la siguiente documentación solicitada:

|  |  |
| --- | --- |
| SI /NO  | CROQUIS/FOTOS DEL CONSULTORIO, SALA DE ESPERA, BAÑO, ETC. DONDE CONSTEN; MEDIDAS, ABERTURAS, MATERIAL DE LA CONSTRUCCION, DIVISIONES Y REVESTIMIENTO  |
| SI /NO  | CROQUIS/FOTOS DEL FRENTE DEL CONSULTORIO Y TIPO DE ACCESO. |
| Descripción de las actividades a desarrollar en el consultorio: |  |
| Características del mismo, equipamiento, mobiliario: |  |
| De ser Policonsultorio indicar quienes desarrollan actividad en el mismo |

|  |
| --- |
| Medicos |
| Apellido, Nombre | Matricula | Especialidad |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Personal |
| Apellido, Nombre | Tareas |
|  |  |
|  |  |

 |
| SI /NO No aplica  | EN CASO DE SER UN CONSULTORIO YA HABILITADO, ADJUNTO NOTA DEL TITULAR QUE AUTORIZA SU USO. |
| SI /NO No aplica | EN CASO DE SER PRODUCTOR DE RESIDUOS PATOGÉNICOS DEBERÁ ACOMPAÑAR CONSTANCIA EXPENDIDA POR EL ENTE POR MEDIO DEL CUAL REALIZA EL TRATAMIENTO Y DESTINO FINAL DE LOS MISMOS. |

Declaro bajo juramento que lo manifestado y la documentación que se adjunta al presente son veraces y ajustados a mi ejercicio profesional con estricto cumplimiento de la normativa vigente de aplicación

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

 Firma y número de matrícula