

COLEGIO DE MEDICOS

DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DISTRITO VII PEHUAJO

Mitre N° 870 - (6450) Pehuajo - Pcia- Bs.As.

Tel/fax: 02396-474047/473478

Email: colmed7@speedy.com.ar - www.colmed7.org.ar

ACTA INFORME DE INSPECCION REGLAMENTARIA DE CONSULTORIO

En la localidad de..... a los..... Días del mes de..... del año..... el suscripto, en su carácter de Inspector MÉDICO DEL COLEGIO DE MEDICOS del Distrito VII° y, en cumplimiento con lo dispuesto por la Resolución Ministerial n° 3740 del Ministerio de Bienestar Social, del 11 de diciembre de 1978 y el Decreto 3280/90, se constituye en la Calle: N°..... piso.....depto..... y procede a constatar que:

INMUEBLE:	Condiciones Edilicias:	BUENA	REGULAR	MALA
	Condiciones Higiénicas:	BUENA	REGULAR	MALA

SALA DE ESPERA:	Condiciones Edilicias:	BUENA	REGULAR	MALA.
	Condiciones Higiénicas:	BUENA	REGULAR	MALA

CONSULTORIO:	Condiciones Edilicias:	BUENA	REGULAR	MALA .
	Condiciones Higiénicas:	BUENA	REGULAR	MALA

BAÑOS:	Condiciones Edilicias Higiénicas:	BUENA	REGULAR	MALA
---------------	-----------------------------------	-------	---------	------

MUEBLES DEL CONSULTORIO:
Título habilitante en consultorio o sala de espera :
SI NO
Original Fotocopia.....

Publicidad que se observa: Chapa: **SI - NO** Material..... medidas aproximadas..... texto.....

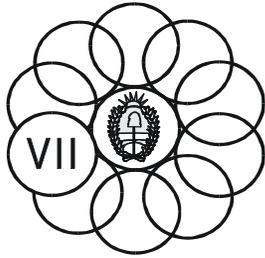
RESUMEN DEL INSPECTOR:

Se otorgan..... días al efecto de regularizar las anomalía halladas.

La presente acta, previa lectura y firma de conformidad del médico solicitante o entrevistado y de los que comparten su consultorio, será firmada por el Inspector Médico y entregada en colegio.

.....
Firma del Médico o los Médicos.

.....
FIRMA Y SELLO DEL INSPECTOR



COLEGIO DE MEDICOS

DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DISTRITO VII PEHUAJO

Mitre N° 870 - (6450) Pehuajo - Pcia- Bs.As.

Tel/fax: 02396-474047/473478

Email: colmed7@speedy.com.ar - www.colmed7.org.ar

SOLICITUD DE HABILITACION CONSULTORIO (DECLARACIÓN JURADA)

COLEGIO DE MEDICOS DTO.VII – PEHUAJÓ:

El que suscribe Dr.....
M.P. N°..... con DNI. N°..... domicilio particular en la
calle: N°..... Localidad:
Partido de:, **SOLICITO HABILITACIÓN DE MI CONSULTORIO**
en Calle: N°..... Piso..... Dto:..... de la Localidad:
..... Partido de:.....
En el que ejerzo la especialidad de:.....-

.....
- Firma y Sello -

Y QUE COMPARTO CON LOS DRES.:

Dr..... M.P. N°..... DNI / LE /CI.....
Domicilio Particular, calle.....n°.....Localidad.....
Partido de Partido.....Especialidad que ejerce.....-

.....
FIRMA Y SELLO

Dr..... M.P. N°..... DNI / LE /CI.....
Domicilio Particular, calle.....n°.....Localidad.....
Partido de Partido.....Especialidad que ejerce.....

.....
FIRMA Y SELLO

Dr..... M.P. N°..... DNI / LE /CI.....
Domicilio Particular, calle.....n°.....Localidad.....
Partido de Partido.....Especialidad que ejerce.....

.....
FIRMA Y SELLO