

# COLEGIO DE MEDICOS

# DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

## DISTRITO VII PEHUAJO

Nº 870 - (6450) Pehuajo - Pcia- Bs

Intren 370 (0450) Pendaje Tel: 03181  
Tel/fax: 02396-474047/473478

# **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 nº 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:

<b>INMUEBLE:</b>	Condiciones Edilicias:	BUENA	REGULAR	MALA
	Condiciones Higiénicas:	BUENA	REGULAR	MALA

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

<b><u>CONSULTORIO:</u></b>	Condiciones Edilicias:	BUENA	REGULAR	MALA .
	Condiciones Higiénicas:	BUENA	REGULAR	MALA

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

<b>MUEBLES DEL CONSULTORIO:</b>	
<b><u>Título habilitante en consultorio o sala de espera :</u></b>	
<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>Original ..... Fotocopia.....</b>	

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

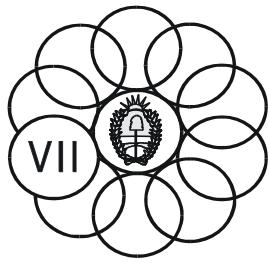
**RESUMEN DEL INSPECTOR:** .....

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 PEHUAJÓ

Mitre N° 870 - (6450) Pehuajó - 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