

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.....
.....

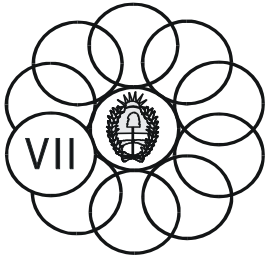
RESUMEN DEL INSPECTOR:
.....
.....

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