

Habilitación de Consultorio

(localidad) _____, ____/____/____

Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires
Distrito II Mar del Plata
Sra. Presidente: Obst. Malmierca Elba Raquel.
S/D

De mi mayor consideración:

Por la presente, me dirijo a Ud. y por su intermedio al Consejo Directivo que preside con el fin de solicitar la HABILITACIÓN DEL CONSULTORIO sito en:

Calle N° de la
localidad:
..... Partido:
.....

Sin otro particular, quedando a la espera de una pronta como favorable respuesta, saludo atte.

FIRMA

Nota: Adjunto Copias de la documentación respaldatoria según lo exige el Reglamento de Habilitación de Consultorios (describir que se adjunta)

Datos de inclusión obligatoria

Domicilio Real : CalleN°
.....
Localidad
Código Postal.....
T.E.E-mail
.....

FIRMA

Recuerde imprimir y enviar éste formulario por duplicado