

**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 : Calle ..... N°  
.....  
Localidad .....  
Código Postal.....  
T.E. ..... E-mail  
.....

**FIRMA**

Recuerde imprimir y enviar éste formulario por duplicado