**Habilitación de Consultorio**

(localidad) , \_/ / \_

**Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires**

**Distrito V – San Isidro**

**Sra. Presidente: Lic. Obst. Margarita VILAR**

**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 ………………………………………………………… Nº ……….. 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 ...............................................................................................Nº ................. Localidad .....................................................................Código Postal............................................. T.E. ................................................................E-mail ......................................................................

FIRMA

**Recuerde imprimir y enviar este formulario por duplicado**