

Habilitación de Consultorio

(localidad) _____, ____/____/____

Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires
Distrito II – Mar del Plata
Sra. Presidente: Lic. Obst. Cecilia Aida CRESPI
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