

FORMULARIO: HABILITACIÓN DE CONSULTORIOS

(localidad) _____, ____/____/____

Colegio de Obstétricas de la

Provincia de Buenos Aires

Distrito -

Sra. Presidente:

.....

S/D

De mi mayor consideración:

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

calle **Nº**

localidad: **Partido:**

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

Datos de inclusión obligatoria

Nombres y Apellidos: _____ MP: _____

Domicilio Real: Calle _____ Nº _____

Localidad _____ Código Postal _____

T.E. _____ E-mail _____

Requisitos

- *Reconozco haber leído y entendido el Reglamento de Habilitación de Consultorios.*
- *El pago del arancel deberá abonarse el 50% al inicio del trámite y el 50% restante al retiro del pertinente certificado de habilitación, sin perjuicio de su pago por adelantado.*
- *El no pago del arancel a los 30 días posteriores de vencido el plazo para retirar el certificado de habilitación, el mismo deberá abonarse al valor vigente al momento del retiro con más el 10% de su valor en concepto de gastos administrativos. -.*
- *Estar al día con la cuota anual de colegiación.*

FIRMA y ACLARACIÓN

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