

RENOVACIÓN: 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 **RENOVACIÓN DE LA HABILITACIÓN DEL CONSULTORIO** sito en:

calle **Nº**

localidad: **Partido:**

Asimismo declaro bajo juramento que, el inmueble en referencia:

- NO ha sufrido cambios y se encuentra en las mismas condiciones que en su primera inspección
- SI ha sufrido cambios y se encuentra en las mismas condiciones que en su primera inspección

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.
- En el caso de haber sufridos cambios desde la habilitación, se debe adjuntar copias de la documentación respaldatoria según lo exige el Reglamento de Habilitación de Consultorios (describir que se adjunta)
- El pago del arancel deberá abonarse en su totalidad al inicio del trámite.
- Estar al día con la cuota anual de colegiación.

FIRMA y ACLARACIÓN