|  |
| --- |
| Uso Interno |
| Fecha Ingreso |  | Trámite Nro: | /23 |

# Solicitud de Habilitación de Consultorio

DIA/MES/AÑO

Presidente del Colegio de Médicos Distrito VII

Dr. Horacio M. Cardus

S / D

|  |  |
| --- | --- |
| El que suscribe, Dr/a: |  |
| Matrícula Provincial No:  |  | Matrícula Nacional No: |  |
| Domicilio particular -Calle: |  |
| Número: |  | Localidad: |  |
| Código Postal: |  | Partido de: |  |
| Domicilio del consultorio -Calle: |  |
| Número: |  | Localidad: |  |
| Código Postal: |  | Partido de: |  |
| Teléfono particular:  |  | Teléfono celular: |  |
| Teléfono del consultorio:  |  |  | CONSULTORIO |  | POLICONSULTORIO |
| Correo electrónico: |  |
| Especialidad/es que desarrollaré: |  |
| Días y horarios de atención: |  |

-----------------------------------------------------

 Firma y número de matrícula