



Luján,de.....de.....

Señor Presidente del Colegio de Médicos – Distrito V

SU DESPACHO

De mi consideración

El que suscribe, doctor.....

Matrícula Provincial N°solicita habilitación de su consultorio sito en la
calleN°.....Localidad

Partido deen que atenderá los días
.....dea.....horas. T.E.

Especialidad que realiza

Saluda atentamente

.....

FIRMA

Domicilio Real : CalleN°

LocalidadCodigo Postal.....

T.E.E-mail

.....

FIRMA