



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

**ES INDISPENSABLE ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD, UNA FOTO
DE LA FACHADA O FRENTE DEL INMUEBLE EN DONDE SE UBICA EL
CONSULTORIO**