



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 calle

.....N°.....Localidad .....

Partido de .....en que atenderá los días .....

.....de .....a.....horas. T.E. ....

Especialidad que realiza .....

Domicilio Real:.....N° .....

Localidad .....Codigo Postal.....

T.E. ....E-mail .....

Saluda atentamente.

.....

FIRMA

**IMPORTANTE:**

- Declaro bajo juramento que el consultorio NO posee cartelería y que el mismo no se anuncia con NOMBRE DE FANTASIA y declaro, asimismo, estar informado que de, acuerdo a reglamentación vigente, en caso de tenerlo su habilitación no es competencia del Colegio de Médicos Distrito V y corresponde que sea realizada por la Dirección de Fiscalización Sanitaria del Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As.

- Dado lo anterior me comprometo a que, en caso de que el Colegio de Médicos Distrito V otorgue la habilitación del consultorio que aquí solicito, con posterioridad a la misma no se anunciará el mismo con un NOMBRE DE FANTASIA y que, en caso de que así ocurriera, se me informó que dicha circunstancia podría producir la invalidez de la habilitación otorgada por el Colegio y/o que la misma quede en el ámbito de competencia de jurisdicciones ajenas al mismo (provincial, municipal y/u otras) cuyas consecuencias -en tal caso- asumo bajo mi responsabilidad.

- He sido informado también que el Colegio procederá a realizar una inspección al consultorio antes indicado en caso de que el mismo nunca haya sido inspeccionado a la fecha de esta solicitud y/o cuando la última inspección se hubiera realizado en fecha anterior a los últimos 6 meses como así también que el Colegio podrá, en cualquier momento, verificar el mantenimiento de las condiciones existentes al momento de la habilitación y, en su caso requerir su adecuación a las normas vigentes si ello fuera necesario.

.....

FIRMA Y ACLARACION