

Señor Presidente del Colegio de Médicos - Distrito IX°

S / D.

De mi consideración:

El que suscribe, doctor

Matrícula Provincial N°

solicita habilitación de su consultorio sito en la calle

N°

Localidad

Partido de

, el que atenderá los días

de

a

horas.

Especialidad que realiza

Saluda atentamente

---

FIRMA

Por favor, detalle a continuación un número de teléfono, con el cual se pondrá en contacto con un médico Inspector y un horario para concertar dicha inspección.

Horario de

hs. a

horas.

Número de teléfono