



COLEGIO PROFESIONAL

Nº DE TRAMITE

AÑO

SOLICITUD DE HABILITACION

Ley 9847 - Decreto 1453/86 y modificaciones
(Debe ser cumplimentada en letra de imprenta)

DENOMINACION CONSULTORIO CENTRO
 INSTITUTO OTROS

Servicio médico permanente:
(especialización) _____

(Marcar con una cruz el casillero correspondiente)

IDENTIFICACION: _____

DOMICILIO Calle _____ Nº _____ TE _____

Departamento _____

Localidad _____ CP _____

ESPECIALIDAD a la que se dedicará _____

CONSULTORIOS

Cantidad Total: _____

TIPO	CANTIDAD	UNIPERSONAL	COMPARTIDO	
			(Más de un profesional)	
Médico				
Odontólogo				
Fonoaudiólogo				
Radiólogo				
Trat. Radiante				
Podológico				
Kinesiológico				
Bioquímico				
Psicológico				
Psicopedagógico				
Enfermería				
Obstétrico				
Diálisis Nº de Unidades				
Emergencias Nº Unid. Mov.				
Otros (especificar)				

NOMBRE DEL O LOS PROPIETARIOS (si fuese sociedad se acompañará copia del contrato o estatuto)

NOMBRE DEL DIRECTOR Y DEMAS PROFESIONALES PERMANENTES, PERIODICOS O A DEMANDA:
consignar al reverso nómina con categoría y especialidad