



➤ SOLICITUD DE HABILITACIÓN

Ley 9847 - Dcto. 1453 y modificaciones

(Debe ser cumplimentado en letra de imprenta)

Colegio Profesional

Nº de Trámite

Año

1) Denominación Consultorio Centro Servicio Médico Permanente
 Instituto Otros (especificación).....

(marcar con X el casillero que corresponda)

Identificación:.....

2) Domicilio: Calle _____ N° _____ Tel.: _____

Departamento _____

Localidad _____ C.P. _____

3) Especialidad a la que se dedicará _____

4) CONSULTORIOS

Cantidad total: _____

Tipo	Cantidad	Unipersonal	Compartido (más de un prof.)
Médico			
Odontológicos			
Fonoaudiológicos			
Radiológicos			
Trat. Radiante			
Podológicos			
Kinesiológicos			
Bioquímicos			
Psicológicos			
Psicopedagógicos			
Enfermerías			
Obstétricos			
Diálisis Nº de Unidades			
Emergencias Nº de Unid. Móv.			
Otros (especificar)			

5) Nombre del o de los propietarios (si fuese sociedad se acompañará copia del contrato o estatuto): _____

6) Nombre del Director y demás profesionales: permanentes, periódicos y a demanda: _____

