



➤ **SOLICITUD DE HABILITACIÓN**

Ley 9847 - Dcto. 1453 y modificaciones

(Debe ser cumplimentado en letra de imprenta)

Colegio Profesional

N° 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 N° de Unidades			
Emergencias N° 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: _____

