



FORMULARIO DE SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE CONSULTORIO

**N° de
Matrícula
Profesional**

DATOS PERSONALES

Apellidos				Nombres			
Título				Especialidad			
Domicilio Particular				Ciudad			
Teléfono Particular				Celular			
Correo Electrónico				N° de C.U.I.T.			
	@						
Domicilio de consultorio				Ciudad			
N° Registro S.S.Salud				Fecha Insc.	/	Fecha Vto.	
Teléfono/s Consultorio	Fecha Insc. de M.P.	Día	Mes	Año			
Solicito a la Comisión Directiva del Colegio Profesional de Fonoaudiólogos de Salta tenga a bien proceder a la Habilitación de mi consultorio.							
Firma							
Aclaración de firma y Sello							
Lugar y fecha	Salta,de..... de 2.0.....						
Observaciones: consigne los días y horarios de atención:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	
<i>Espacio reservado para el Colegio:</i>							
	PAGADO CON RECIBO N°				Día	Mes	Año