



FORMULARIO DE SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE CONSULTORIO

**Nº de
Matrícula
Profesional**

DATOS PERSONALES

Apellidos				Nombres		
Título				Especialidad		
Domicilio Particular				Ciudad		
Teléfono Particular				Celular		
Correo Electrónico				Nº de C.U.I.T.		
	@					
Domicilio de consultorio				Ciudad		
Nº 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 Nº				Día	Mes
						Año