Colegio de Fonoaudiólogos de Salta
Ley 7004 - Res. Gral. Nº 194/25

FORMULARIO DE SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE CONSULTORIO

N° MP	

Apellidos		Nombres	
Título		**Fecha Inscripción. M.P.**	
Domicilio Particular		**Localidad**	
Teléfono Particular		**Teléfono Consultorio**	
Domicilio de consultorio		**Localidad**	
E-mail		**Nº de C.U.I.T.**	
Nº Registro S.S.Salud		**Fecha Insc. / Fecha Vto.**	

Seguro Mala Praxis	Fecha Vto	Dia	Mes	Año

Por la presente, solicito a la Comisión Directiva del Colegio Profesional de Fonoaudiólogos de Salta tenga a bien proceder a la Habilitación del consultorio a mi cargo.

Firma	
Aclaración y Sello	
Lugar y Fecha	Salta, …….de…….. de …...

Días y Horarios de Atención:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

***Espacio reservado para el Colegio*:**

OBS:			Día	Mes	Año
	PAGADO RECIBO Nº				