



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					N° de C.U.I.T.		
N° Registro S.S.Salud					Fecha Insc.	/	Fecha Vto.
Seguro Mala Praxis	Fecha Vto		Dia	Mes	Año		
<p>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.</p>							
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:	PAGADO				Día	Mes	Año
	RECIBO N°						