

Sr. Presidente del Colegio de Médicos
De la Provincia de Buenos Aires
Distrito IV
S/D.

Gral. San Martín,.....

De mi consideración:

El/la que suscribe, Dr/a. Matrícula

Provincial Nº:Solicita la habilitación del consultorio sito en la calle :
.....Nº.....

Localidad:.....Partido.....

que atenderá los días:.....de

ahoras. Teléfono y celular:

Especialidad:

Orientación en:

Declaro bajo juramento :

- que Las condiciones edilicias e higiénicas están dentro de las condiciones establecidas en la reglamentación del dec/ley 5413/58 del colegio de médicos de la prov de bs as
- que la chapa de metal con nombre apellido y numero mat provincial esta colocada en la puerta del consultorio
- VERIFIQUÉ LA CLAUSULA DE SUBALQUILER EN CONTRATO PARA USO DE CONSULTORIO MEDICO: siendo necesario para las habitaciones la existencia de cláusula en el contrato de locación que autorice dicho subalquiler, aconsejamos verificar la misma previo a su firma.
- VERIFIQUÉ EN EL REGLAMENTO DE COPROPIEDAD que sea apto para consultorio medico.

Adjunto la siguiente documentación:

Copia del CONTRATO DE ALQUILER O TITULO PROPIEDAD: Si no está a nombre del médico que habilita, autorización propietario del lugar, con copia dni del propietario .

Fotocopia del plano del área con destino al consultorio

- **Se solicita que la documentación enviada sea legible**

Firma y aclaración