



Solicitud de Habilitación

Ley 9847 - Dcto 1453 y modificaciones
(Debe ser cumplimentado en letra de imprenta)

- 1) Denominación Consultorio Centro Servicio Médico Permanente
 Instituto Otros (especificación).....

 (marcar con X el casillero que corresponda)

Identificación:.....

2) Domicilio: Calle _____ N° _____ Tel.: _____
 Departamento _____
 Localidad _____ C.P. _____

3) Especialidad a la que se dedicará _____

- 4) CONSULTORIOS
 Cantidad Total: _____

Tipo	Cantidad	Unipersonal	Compartido (más de un prof.)
<input type="checkbox"/> Médico			
<input type="checkbox"/> Odontológicos			
<input type="checkbox"/> Fonoaudiológicos			
<input type="checkbox"/> Radiológicos			
<input type="checkbox"/> Trat. Radiante			
<input type="checkbox"/> Podológicos			
<input type="checkbox"/> Kinesiológicos			
<input type="checkbox"/> Bioquímicos			
<input type="checkbox"/> Psicológicos			
<input type="checkbox"/> Psicopedagógicos			
<input type="checkbox"/> Enfermerías			
<input type="checkbox"/> Obstétricos			
<input type="checkbox"/> Diálisis N° de Unidades			
<input type="checkbox"/> Emergencias N° de Unid. Móv.			
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)			
<input type="checkbox"/>			

5) Nombre del o de los propietarios (si fuese sociedad se acompañará copia del contrato o estatuto): _____

6) Nombre del Director y demás profesionales: permanentes, periódicos y a demanda: _____

