

MEMBRETE INSTITUCIÓN

Lugar y fecha

Sres.

Colegio de Odontólogos

de la Prov. de Santa Fe – 1º Circ.

S _____ / _____ D

De nuestra consideración:

Nos dirigimos a Uds. a los fines de solicitar la habilitación del/los consultorio/s odontológicos de su propiedad sito en de la Localidad de, a cargo de los siguientes Profesionales:

Matricula	Apellido y Nombre	Días y horarios de atención	Fecha Inicio de Act. en el Consultorio	Forma de retribución	Firma y sello del Profesional

Sin otro particular, saludamos atentamente.

.....

Firma y sello Autoridad Competente