



COLEGIO DE ODONTOLOGOS DISTRITO X

(Provincia de Buenos Aires)
- Ley 12.754 –(Modif. 14.163)

Pagado (en Administración) SI/NO N°.....

SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE UNIDADES ASISTENCIALES ODONTOLOGICAS

El que suscribe Dr./a....., con domicilio profesional en.....de....., solicita la habilitación de dicho inmueble o parte del mismo destinado a unidad asistencial odontológica.

Declaro bajo juramento conocer mi responsabilidad de que todos los odontólogos que ejerzan en este domicilio profesional deben estar debidamente matriculados o registrados en este Colegio de Odontólogos, como así también cumplir con el código de ética y el reglamento de publicidad vigente.

FIRMA.....

M.P.:.....

FECHA:...../...../.....

ESPACIO DESTINADO A PLANO DE PLANTA DE CONSULTORIO SALA DE ESPERA Y BAÑO.

(CONSIGNAR: Ingreso desde la vía pública, relación de la sala de espera, consultorio/s y baño con el resto de la vivienda, aberturas de comunicación y ventilación, ubicación de unidades operativas, etc.).

Actualizado a la fecha de solicitud en forma *prolija y legible*.

Días y horarios de atención:

TEL:.....