

F9 R

SANTO TOME CTES.....DE.....DE 2022

DIRECCIÓN DE HABILITACION DE COMERCIO E INDUSTRIA

SOLICITUD DE INSCRIPCION CONSULTORIOS MÉDICOS

(Para uso del contribuyente)

Sr. Intendente Municipal

José Augusto Suaid

S...../.....D:

De mi consideración

Me dirijo a Ud. a efectos de solicitarle se me otorgue la correspondiente RENOVACIÓN ANUAL, en los registros respectivos de su Comuna, y para lo cual cubro los requisitos que más abajo eximen.

- a) Apellido y Nombre:.....
- b) DNI: F. Nacimiento:/...../.....
- c) Especialista en:.....
- d) CUIT/CUIL:
- e) Domicilio Legal:.....
- f) Domicilio de Consultorio médico:.....
- g) Especialidad:.....
- h) Matricula Profesional N°
- i) Teléfono de contacto.....
- j) Correo Electrónico:
- k) Cumplir con los requisitos exigidos.

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE.
(Certificación Policial)

SELLADO DE MESA DE ENTRADAS

