

San Fernando del Valle de Catamarca.....de.....2015

Sr. Sub Secretario de Salud Pública

Su Despacho

El/la que subscribe.....

Matricula Profesional Nº..... D.N.I. con domicilio en:

.....

Solicita a Ud. tenga a bien disponer la habilitación de: Consultorio, instituto, Centro, etc.,

sito en calleNº.....

Del Bº.....

De la ciudad de.....

Sin otro particular lo saludo muy atte.-

.....

Firma y sello profesional