



*Ministerio de Salud*

**HABILITACIÓN DE GABINETE**

Buenos Aires,.....de.....de.....

**SEÑOR DIRECTOR NACIONAL de REGISTRO, FISCALIZACIÓN Y SANIDAD  
de FRONTERAS:**

El/la que suscribe:.....

DNI N°..... de Profesión:.....

M.N.N°:..... CUIT/CUIL N°.....

Especialista en: .....

Domicilio particular: Calle..... N°.....

Piso..... Dpto..... Cod. Postal N°.....

TEL..... Teléfono Celular .....

Correo Electrónico .....

Solicita la habilitación del **GABINETE** sito en:

Calle..... N°..... Piso.....

Dpto..... Cod. Postal N°.....

Razón social/ Fundación .....

Bajo la TITULARIDAD DE .....

DNI N°..... de Profesión:.....

M.N.N°:..... CUIT/CUIL N°.....

Especialista en: .....

Observaciones:.....

.....

.....

**Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados**

**Firma Autenticada del Profesional solicitante:**

Firma y Sello:.....