

**Sr. Presidente del Colegio de Médicos  
De la Provincia de Buenos Aires  
Distrito IV**  
S/D.

**Gral. San Martín,**.....

**De mi consideración:**

El/la que suscribe, Dr/a. .... Matrícula

Provincial N°: ..... Solicita la habilitación del consultorio sito en la calle :  
.....N°.....

Localidad:.....Partido.....

que atenderá los días:.....de .....

a .....horas. Teléfono y celular: .....

Especialidad: .....

Orientación en: .....

Declaro bajo juramento :

- que Las condiciones edilicias e higiénicas están dentro de las condiciones establecidas en la reglamentación del dec/ley 5413/58 del colegio de médicos de la prov de bs as
- que la chapa de metal con nombre apellido y numero mat provincial esta colocada en la puerta del consultorio
- VERIFIQUÉ LA CLAUSULA DE SUBALQUILER EN CONTRATO PARA USO DE CONSULTORIO MEDICO: siendo necesario para las habitaciones la existencia de cláusula en el contrato de locación que autorice dicho subalquiler, aconsejamos verificar la misma previo a su firma.
- VERIFIQUÉ EN EL REGLAMENTO DE COPROPIEDAD que sea apto para consultorio medico.

Adjunto la siguiente documentación:

Copia del **CONTRATO DE ALQUILER O TITULO PROPIEDAD**: Si no está a nombre del médico que habilita, autorización propietario del lugar, con copia dni del propietario .

Fotocopia del plano del área con destino al consultorio

- **Se solicita que la documentación enviada sea legible**

**Mail:** -----@-----

-----  
Firma y aclaración