



Colegio de Médicos Veterinarios
1° y 2° Circunscripción
Provincia de Santa Fe

Ministerio de la Producción
N° de Inscripción: _____

SOLICITUD DE HABILITACION PARA EL EJERCICIO DE LAS CIENCIAS VETERINARIAS

RAZON DE LA SOLICITUD: Actividad nueva (X) - Reinscripción () - Cambio de domicilio () - Transferencia () - Regencia ()

Completar la ficha en su totalidad:

- (1) Cuando se trate de Sociedad, copia del contrato social del mismo y de las actas de designación de las autoridades.
- (2) Copia del Contrato del Director Técnico - (3) Certificado de domicilio o copia DNI - (4) Declaración jurada de horarios

** Completar Anexo 1

INFORMACION DE ACTIVIDADES QUE DESARROLLA EL PROFESIONA

Completar Puntos A) y B)

Informar en datos del establecimiento la entidad pública o privada donde desarrolla la Actividad

A) FECHA DE INICIACIÓN ESTABLECIMIENTO / ACTIVIDAD _____

Solicitante: _____

Domicilio _____ Localidad: _____ C.P.: _____

T.E. / FAX.: _____ E-mail : _____

Doc. De Identidad N°: _____ Matrícula Profesional: _____

B) **Actividades a desarrollar**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Albergue – Refugio – Zoológico | <input type="checkbox"/> Consultorio o Asesoría Gdes. Animales | <input type="checkbox"/> Planta elab. de alimentos para animales |
| <input type="checkbox"/> Animales exóticos | <input type="checkbox"/> Consultorio Pequeños Animales | <input type="checkbox"/> Porcinos |
| <input type="checkbox"/> Apicultura | <input type="checkbox"/> Cunicultura | <input type="checkbox"/> Productos Agropecuarios |
| <input type="checkbox"/> Avicultura | <input type="checkbox"/> Elab., Mayoristas, Distrib. Zooterápicos | <input type="checkbox"/> Reproducción e inseminación artificial |
| <input type="checkbox"/> Baños Sanitarios o Pel. Sanitaria | <input type="checkbox"/> Equinos | <input type="checkbox"/> Servicio de Radiología, Ecografía, etc. |
| <input type="checkbox"/> Bovinos | <input type="checkbox"/> Farmacia Veterinaria | <input type="checkbox"/> Sin ejercicio |
| <input type="checkbox"/> Caprinos | <input type="checkbox"/> Laboratorio de Diagnóstico (**) | <input type="checkbox"/> Transporte animales en Trat. ó Enf. |
| <input type="checkbox"/> Clínica, Sanatorio, Hospital | <input type="checkbox"/> Ovinos | <input type="checkbox"/> Venta de animales de compañía |

Otros

(especificar):.....

Datos del Establecimiento / Institución / Empresa

Nombre del Comercio: _____

Domicilio legal: _____

Provincia: _____ C.P.: _____ TE.: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

C) **Integrantes de la Firma:** (ingresar en habilitación de establecimiento)

DATOS	INTEGRANTE 1	INTEGRANTE 2	INTEGRANTE 3
Apellido y Nombre:			
Documento N°:			
Domicilio Particular:			
Firma:			

