



El Profesional Veterinario abajo firmante, deja constancia que el/la Veterinario/a/ Médico/a Veterinario/a.....DNI..... Matrícula N°..... del Colegio/Consejo, se desempeña con dedicación profesional en el área específica deen la/s ciudad/es de, recibiendo pacientes derivados para su atención durante el período comprendido entre las siguientes fechas:

Nombre y apellido:

DNI:

Matrícula N°:

Colegio/Consejo profesional:

Firma:

Aclaración: