



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE CONSULTORIO.

COLEGIO DE MÉD. VETERINARIOS DE LA PROV. DE SANTA FE / 2ª CIRC.

SUIPACHA 347 – 2000 ROSARIO – SANTA FE / INFORMACION@CMVSF2.ORG / WWW.COLEGIOVETSANTAFE2.COM.AR

El/la que suscribe _____ LE / LC / DNI N° _____, con título de _____ e inscripto/a en la Matrícula N° _____ de este Colegio, solicita la inscripción en el Registro de Consultorios de acuerdo a los términos de la Res. N° 079 del Cuerpo directivo del Col. de Médicos Veterinarios de la Prov. de Santa Fe. Asimismo, me comprometo a asumir la responsabilidad técnica en dicho establecimiento y a comunicar la incorporación o baja de otros profesionales veterinarios que puedan desempeñarse en el mismo, como parte del equipo a mí cargo.

El establecimiento funcionará como: (Marcar lo que corresponda).

Consultorio veterinario exclusivamente **Consultorio y Expendedora veter.** (La habilitación de la Expendedora de Prod. Vet. requiere un formulario independiente que provee a este Colegio, el Minist. de la Produc. de Sta. Fe)

Firma y aclaración del profesional veterinario responsable.

Nombre de fantasía del establecimiento (si lo tuviera): _____

Domicilio y Localidad: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Días y Horarios de atención: _____

-El Director Técnico es responsable de todos los actos profesionales que se lleven a cabo en el establecimiento a su cargo-

Equipo:

Apellido y Nombre:

Matrícula:

Días y Horario de atención:

Apellido y Nombre:	Matrícula:	Días y Horario de atención:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____