Solicitud de **HABILITACIÓN DE GABINETES**

**A la DIRECCIÓN NACIONAL de HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN y SANIDAD de FRONTERAS:**

Quien suscribe:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Titular del Establecimiento |  | Apoderado |

**\*El apoderamiento debe hacerse mediante AFIP**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre |  |
| Apellido |  |
| Domicilio |  |
| CUIT |  |
| Teléfono |  |
| Mail |  |
| Cargo |  |
| Profesión |  |
| Matricula N° |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Solicita por medio de la presente la **HABILITACIÓN DE GABINETE DE:**   |  |  | | --- | --- | |  | HABILITACIÓN DE GABINETE DE ENFERMERÍA | |  | HABILITACIÓN DE GABINETE DE KINESIOLOGÍA | |  | HABILITACIÓN DE GABINETE DE FONOAUDIOLOGÍA | |  | HABILITACIÓN DE GABINETE DE NUTRICIÓN | |  | HABILITACIÓN DE GABINETE DE TERAPIA OCUPACIONAL | |  | HABILITACIÓN DE GABINETE “OTRO” (indicar): | | |
| Datos del Establecimiento | |
| Razón Social |  |
| CUIT |  |
| Domicilio |  |
| Bajo la titularidad de |  |
| CUIT |  |
| Matricula N° |  |
| Profesión |  |
| Especialista en |  |

**DECLARO BAJO JURAMENTO LA VERACIDAD DE TODOS LOS DATOS CONSIGNADOS.**

Firma y sello del Titular