



**COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DISTRITO I**

Avda. 51 N° 723 - 1900 LaPlata - Telefax: (0221) 425-6311 - 427-1997 • E-mail: info@colmed1.org.ar
www.colmed1.org.ar

Por la presente autorizo al Profesional, Médico: _____

M. P.: _____, compartir las instalaciones de mi consultorio sito en la

calle: _____ N° _____ de la localidad de: _____

en el que atenderá los días: _____ en el horario

de: _____.- Especialidad: _____.-

COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES.-----

DISTRITO I - LA PLATA, _____ de _____ de 20__ -

FIRMA: _____ -

M. P.: _____ -

TITULAR DEL CONSULTORIO