**SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE MATRICULAS PROFESIONALES**

**A LA DIRECCIÓN NACIONAL DE HABILITACIÓN, FISCALIZACIÓN Y SANIDAD DE FRONTERAS.**

Quien suscribe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Titular del Establecimiento | |
|  | Profesional |  |
|  | Apoderado (Debe hacerse mediante AFIP) | |
|  | Interesado | |

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

**Solicita información sobre las siguientes matriculas:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | APELLIDO | NOMBRE | DNI | PROFESIÓN | N° DE MATRICULA |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |

Firma del titular