**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