



HABILITACION DE GABINETE

Buenos Aires,.....de.....de.....

SEÑOR DIRECTOR NACIONAL de REGISTRO, FISCALIZACIÓN Y SANIDAD de FRONTERAS:

El/la que suscribe:.....

DNI N°..... de Profesión:.....

M.N.N°:..... CUIT/CUIL N°.....

Especialista en:

Solicita la habilitación del **GABINETE** sito en:

Calle..... N° Piso..... Dpto.....

Cod. Postal N° Telefono

Razón social/ Fundación

.....
Bajo la TITULARIDAD DE

DNI N°..... de Profesión:.....

M.N.N°:..... CUIT/CUIL N°.....

Especialista en:

Observaciones:.....
.....

El interesado constituye domicilio en

.....
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde acorde a lo establecido en el Art. 19 del Reglamento de Procedimientos Administrativos (Dec. 1759/72) se tendrán por válidas todas las notificaciones.

Declaro bajo juramento la veracidad de los datos consignados

Firma Autenticada del Profesional solicitante:

Firma y Sello:.....