



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación

### **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:.....