

TENER EN CUENTA EL TIPO DE TRAMITE

A PARTIR DEL 1-1-2025

HABILITACION

Nueva dirección y/o agregado de sillón y/o cambio de titularidad
Costo \$ 50.000.- (por sillón)

REHABILITACION DE CONSULTORIO

Consultorio con habilitación vencida
Costo \$ 50.000 (total)
Por vencer GRATIS

PASOS A SEGUIR

- 1) Completar el Formulario contiguo
- 2) Adjuntar todos los Requisitos:
 - **Copia de Contrato con la Empresa Recolectora de Residuos Patógenos.**
 - **Croquis o plano a mano con las medidas aproximadas del consultorio**
 - **Nomina (lista) de todos los profesionales que ejercen allí**
- 3) Enviar **TODOS LOS REQUISITOS** por correo electrónico a:

info@copbad4.org.ar

DEPOSITO / TRANSFERENCIA AL COLEGIO DE ODONTOLOGOS DE LA PCIA DE BS.AS DTO IV

BANCO PROVINCIA DE BUENOS AIRES
CUENTA CORRIENTE: 5010/4 SUCURSAL: 5012 (BOULOGNE)
CUIT: 30-58907179-0
CBU: 0140072401501200501041
Alias TOPE.INDIA.ALPACA

SISTEMA DE PAGOMISCUENTAS

Rubro: Clubes y Asociaciones
Col.Odonto PBA Distrito IV dando como referencia su Nro. Matricula Provincial

SOLICITUD **HABILITACION** **REHABILITACION de Consultorio**

Sr .Presidente COPBAD4

El que suscribe..... Matricula Pcial.....
 Profesional Odontólogo con DNI.....tiene el agrado de dirigirse a Usted, y por su intermedio al
 Consejo Directivo del Distrito IV a fin de solicitarle la habilitación de mi consultorio sito en la
 calle.....Nro.....Piso.....Depto.....
 localidad..... Partido.....
 Entre calles..... Telefono.....
 Celular.....@mail.....

MANIFESTANDO QUE

Ejero bajo relación de dependencia SI NO Especificar.....
 Ejero individualmente SI NO Especificar Mecánico Dental, Prof.de la Salud

OTROS PROFESIONALES ODONTOLOGOS QUE TRABAJAN EN EL CONSULTORIO

Apellido y Nombre.....Mat.Pcial.....DNI.....
 Apellido y Nombre.....Mat.Pcial.....DNI.....
 Apellido y Nombre.....Mat.Pcial.....DNI.....

CANTIDAD DE CONSULTORIOS y/o EQUIPOS EQUIPO RAYOS
 SERVICIO SANITARIO c/acc a Sala de Espera EMPRESA RECOLECTORA Res.Patogénicos

OTROS DOMICILIOS EN LOS QUE EJERCE DENTRO DEL DISTRITO IV o UNICO DOMICILIO SI NO

Dirección.....Localidad.....Titularidad.....
 Dirección.....Localidad.....Titularidad.....
 Dirección.....Localidad.....Titularidad.....

VISITA DEL INSPECTOR

LU de a hs. MAR de a hs. MIE de a hs. JUE de a hs. VIE de a hs.

 Firma y Sello del Profesional Odontólogo

Fecha / /

Certifico que el Doctor/a.....Inspector del COPBA
 Dto.IV, ha realizado la Inspección de mi Consultorio.

 Firma y Sello del Profesional Odontólogo

 Firma v Sello del Inspector

Fecha / /