

INSTRUCTIVO HABILITACION Y/O REHABILITACION DE CONSULTORIO Y AUTORIZACION DE PUBLICIDAD

HABILITACION

Nueva dirección y/o agregado de sillón y/o cambio de titularidad
Costo \$ 75.000.- (por sillón)

REHABILITACION DE CONSULTORIO

Solicitada en término (antes y durante el mes de voto.)

TRAMITE GRATUITO

Consultorio con habilitación vencida

Costo \$ 75.000 (total)

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 ARCHIVOS PDF JUNTOS EN UN SOLO ENVIO**
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

CONSULTAR EN NUESTRA WEB WWW.COPBAD4.ORG.AR LOS REGLAMENTOS
UNIDADES ASISTENCIALES ODONTOLOGICAS Y PUBLICIDAD

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

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

Ejerce bajo relación de dependencia SI NO Especificar.....
 Ejerce 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 y Sello del Inspector	_____ Fecha / /
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------

AUTORIZACION PUBLICIDAD

Boulogne, de de 20

Sr. Presidente
**COLEGIO DE ODONTOLOGOS
DE LA PCIA. DE BUENOS AIRES
DISTRITO IV**
Su Despacho

Quien suscribe..... Matrícula Provincial N°.....,
con domicilio profesional en la calle

.....Nro.Piso/Dto.....

de la Localidad de.....Pdo. de.....,

me dirijo a Usted, a fin de solicitarle de conformidad con lo dispuesto por el art. 2 del Reglamento de Publicidad y Anuncios, la autorización de la publicidad (1)

Informe el proyecto / croquis / modelo publicitario que se adjunta con el presente.(2)

Sin otro particular saludos a Usted atentamente

.....
Firma, Aclaracion y MP

- 1.- Especificar a que tipo de publicidad se refiere (art. 6 Reglamento de Publicidad y Anuncios):
- 2.- Acompañar croquis, diseño del proyecto o modelo publicitario (con medidas, duración, contenido, imágenes, medio de difusión, frecuencia, etc. conforme art. 2 del Reglamento)