



**COLEGIO DE ODONTOLOGOS DE CATAMARCA**

**LEY N° 4023**

*Intendente Salas 1037 Esq. Int. Medina- B° Potrerillo (c.p. 4700) Tel/Fax (03833) 435093-*

*E-mail: [colegiodontocat@hotmail.com](mailto:colegiodontocat@hotmail.com)*

*San Fernando del Valle de Catamarca*

**N° DE MATRICULA:.....**

S. F. V. de Catamarca, ..... de .....2.01....

Señor

**Presidente del Colegio de Odontólogos de Catamarca**

Odgo/a.....

Presente

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., solicitando la  
habilitación del consultorio de mi propiedad, ubicado en:.....

.....

Declaro bajo juramento estar encuadrado/a en las  
exigencias de la Ley N° 4023.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

.....

Firma y sello