



Colegio de Fonoaudiólogos
Provincia de Santa Fe
1º Circunscripción

SANTA FE,.....DE.....DE

AL COLEGIO DE FONOAUDIÓLOGOS
DE LA PCIA DE SANTA FE, 1era. Circunscripción
S-----/-----D

De mi consideración:

Me dirijo al Directorio del Colegio a fin de solicitar mi inscripción en el Centro de facturación de este Colegio (CE. FA. Fo.S), detallando a tales efectos los datos requeridos:

Apellido y Nombres:.....
Nro. de Documento:.....
Matrícula Nro.:..... F..... L.....

Domicilio Profesional (1):
Localidad:
Teléfono Profesional (1):

Domicilio Profesional (2):
Localidad:
Teléfono Profesional (2):

CUIT Prof.:
MAIL Prof.:

Informar si factura a través de alguna asociación:

Asimismo, declaro expresamente:

- 1- Que conozco y acepto en todos sus términos las reglamentaciones y normas de la actividad contractual.
- 2- Que no me hallo comprendido/da en las incompatibilidades previstas en el Reglamento para integrar el CE. FA. FO. S.
- 3- Que delego en forma exclusiva en el Colegio mi representación ante las entidades contratantes y, en especial, faculto al Colegio para contratar en mi nombre y percibir los honorarios que me correspondan por mi actuación dentro del sistema, por los medios que procedan, así como de efectuar los descuentos que legalmente correspondan o que reglamentariamente se determinen para el mantenimiento del sistema contractual.
- 4- Que conozco y acepto en todos sus términos las condiciones de facturación y presentación de la misma.

Sin otro particular, saludo atte.

FIRMA, ACLARACION
Y SELLO