



Colegio de Fonoaudiólogos
Provincia de Santa Fe
1º Circunscripción

SOLICITUD DE BAJA DE CONSULTORIO

Trámite nro.:

La/El que suscribe Lic. / FgoSolicita la
baja del consultorio cuyos datos son los siguientes:

Domicilio:

.....

Localidad:

.....

Teléfono:

.....

MOTIVOS:

Cambio de domicilio Profesional:.....

Baja de padrón de prestadores:.....

Baja de Matrícula:.....

Otros:.....

Datos particulares:

Domicilio.....

Localidad.....

Teléfono.....

Email.....

Firma del o los solicitantes:

Sello:

Fecha:

RECORDAR:

- 1- Si da de baja un consultorio por traslado a otro solicitar la nueva habilitación.