

Lugar y fecha

Consejo Directivo
Colegio de Nutricionistas de la Provincia de Misiones
S_____ / _____ D

Ref.: Habilitación Consultorio

Por la presente, el/ la que suscribe Lic. MP nº, a fin de
solicitar la habilitación del consultorio sito en.....

Sin otro particular, saludo Atte.

Firma y sello