Resistencia ........de................................200......-

Directora

De Fiscalización Sanitaria

Dra. Cecilia Raquel Meiriño

S----------------/---------------D

 Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a efectos de informarle que autorizo al ODONTOLOGO, Dr. ..................................................................................... M.P. ............... a ejercer en mi consultorio ubicado en calle ............................................................................................................ de la localidad de ................................................ habilitado bajo la Resolución Nº .............................. (Remito adjunto fotocopia de la misma).

#  Sin otro particular saludo atte.-