



DECLARACIÓN DE DOMICILIOS

APELLIDO _____ NOMBRES _____ N° MATRICULA _____

DOMICILIO REAL (donde vive):

CALLE _____ N° _____ PISO _____ DEPTO. _____

LOCALIDAD _____ DEPARTAMENTO _____ PROVINCIA _____

COD. POSTAL _____ TELÉFONO N° _____ e-mail: _____

DOMICILIO POSTAL: (donde desea recibir la correspondencia)

CALLE _____ N° _____ PISO _____ DEPTO. _____

LOCALIDAD _____ DEPARTAMENTO _____ PROVINCIA _____

COD. POSTAL _____ TELÉFONO N° _____

DOMICILIO(s) PROFESION(es): (lugar(es) donde ejerce la profesión, en relación de dependencia o no, rentado o adhonoren)

1) CALLE _____ N° _____ PISO _____ DEPTO. _____

LOCALIDAD _____ DEPARTAMENTO _____ PROVINCIA _____

COD. POSTAL _____ TELÉFONO N° _____

2) CALLE _____ N° _____ PISO _____ DEPTO. _____

LOCALIDAD _____ DEPARTAMENTO _____ PROVINCIA _____

COD. POSTAL _____ TELÉFONO N° _____

3) CALLE _____ N° _____ PISO _____ DEPTO. _____

LOCALIDAD _____ DEPARTAMENTO _____ PROVINCIA _____

COD. POSTAL _____ TELÉFONO N° _____

4) CALLE _____ N° _____ PISO _____ DEPTO. _____

LOCALIDAD _____ DEPARTAMENTO _____ PROVINCIA _____

COD. POSTAL _____ TELÉFONO N° _____

Si su consultorio no se encuentra habilitado, no olvide hacer el trámite correspondiente

Firma y Aclaración _____ Localidad y fecha: _____