

Córdoba, de ..

Señor Presidente del Consejo de  
Médicos de la Provincia de Córdoba  
Dr. Héctor R. Oviedo

---

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente solicito tenga a bien evaluar la documentación presentada para el/la RECONOCIMIENTO/RENOVACION del ..... del/la .....  
.....  
.....  
a los fines de ser reconocida como Centro Formador de la Especialidad en  
.....

Sin otro particular lo saludo muy atentamente.

FIRMA

Apellido y nombre

MPNº

CENº

Mail Institucional:

Mail Capacitación y Docencia: