



Consejo Profesional de Médicos Veterinarios

LEY NACIONAL 14.072

Pasco 760 – C1219ABF – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel: 5235-1683 / 4941-0552 | cpmv@medvet.info | www.cpmv.org.ar

Nº

0

FORMULARIO DE OBSERVACIONES

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

(Los datos contenidos en este formulario son de carácter confidencial)

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Tipo de Presentación que desea efectuar:

Observación Sugerencia Consulta Otro:

Complete con sus datos:

Nombre y apellido:

Tipo y Número de Documento:

Matrícula Nº:*

Domicilio:

Barrio:

Código Postal:

Teléfonos:

Email:

* Solo Matriculados en el CPMV

Datos de la persona / establecimiento responsable y/o involucrado en la Observación:

Nombre y apellido / Razón Social / Nombre de fantasía:

Domicilio:

Barrio:

Código Postal:

Teléfonos:

Describa brevemente la Observación / Sugerencia / Consulta:

(Detalle con letra clara)

Detallar la documentación adjunta:

(Sólo si corresponde)

FIRMA DEL DENUNCIANTE

Firma de Personal Administrativo

ACLARACIÓN

Aclaración

DNI y/o Número de Matrícula

____/____/_____
Fecha de recepción de Formulario