

Res. M.D. (27/01/2000) Certificados Buco Dentales

(fotos de certificados sin costo y con estampilla)

 <p>Provincia de Santa Fe Ministerio de Salud y Medio Ambiente Dirección Provincial de Odontología Colegio de Odontólogos Provincia de Santa Fe Ley N° 3950</p> <p>Certificado Bucodental Escolar (Ley 6280)</p> <p>Fecha de Emisión: ____/____/____</p> <p>Por el presente y a pedido de: _____</p> <p>Edad: _____</p> <p>Domicilio: _____</p> <p>Certifico que: Debe realizar atención Odontológica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Escuela: _____</p> <p>Sello de Repartición N° 032351</p> <p>Validez 6 meses</p>	 <p>Provincia de Santa Fe Ministerio de Salud y Medio Ambiente Dirección Provincial de Odontología Colegio de Odontólogos Provincia de Santa Fe Ley N° 3950</p> <p>Constancia de Tratamiento</p> <p>Fecha de Emisión: ____/____/____</p> <p>Nombre y Apellido: _____</p> <p>Edad: _____</p> <p>Certifico que: Goza actualmente de buena Salud Bucal</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>Serie A - C2 N° 032351</p> <p>Fecha de Tratamiento Finalizado el: ____/____/____</p> <p>Validez 6 meses</p>
<p>Firma Odontólogo N° Matricula Sello</p> <p>Cuerpo "A"</p>	<p>Firma Odontólogo N° Matricula Sello</p> <p>Cuerpo "B"</p>

PROHIBIDA SU DISTRIBUCIÓN

COLEGIO DE ODONTOLOGOS
PROVINCIA DE SANTA FE
LEY NRO. 3950

OFICIAL
SERIE A-C2

Nº 001854

CERTIFICADO BUCODENTAL

Fecha Emisión:/...../.....

Por el presente, y a pedido de
Edad:

CERTIFICO QUE:

- 1- Debe realizar atención odontológica SI - NO
Escuela:
 - 2- Su estado bucal actual SI - NO le permite el uso del
natatorio.
Club:
- Observaciones:



FIRMA ODONTOLOGO
Nº MATRICULA
SELLO

Este certificado carece de valor si no lleva impreso el estampillado del Colegio (Ley 3.950) y Caja de Previsión (Ley 10.419)

Validez 6 meses

COLEGIO DE ODONTOLOGOS
PROVINCIA DE SANTA FE
LEY NRO. 3950

OFICIAL
SERIE A-C2

Nº 001854

CONSTANCIA DE TRATAMIENTO

Fecha Emisión:/...../.....

Nombre y Apellido
Edad:

CERTIFICO QUE:

- actual mente de buena salud bucal
- Observaciones:
-
-
-

FECHA DE TRATAMIENTO

FINALIZADO/...../.....

FIRMA ODONTOLOGO
Nº MATRICULA
SELLO

Validez 6 meses

