Lugar y fecha

COLEGIO ARGENTINO DE CARDIOANGIOLOGOS INTERVENCIONISTAS

Dr. Juan José Fernández

Presidente

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted para solicitarle la acreditación del Servicio de Hemodinamia de………………………………………… donde me desempeño como Jefe de Servicio.

Personal Médico que se desempeña en el servicio: (completar con la cantidad que corresponda)

1)

2)

3)

Personal Técnico que se desempeña en el servicio: (completar con la cantidad que corresponda)

1)

2)

3)

Otros:

1)

2)

3)

Firma y sello

Jefe de servicio de Hemodinamia