Lugar y fecha

COLEGIO ARGENTINO DE CARDIOANGIOLOGOS INTERVENCIONISTAS

Dr. Juan José Fernández

Presidente

De mi mayor consideración:

En mi carácter de Director Médico de…………………………………………………………………….., cumplo en informar que esta institución ha autorizado la instalación del Servicio de Hemodinamia y Servicio de Cardioangiología Intervencionista, para la realización de prácticas de la especialidad.

Dicho servicio se encuentra a cargo del Dr…………………………….

Firma y sello

Director Medico