



MINISTERIO DE
**SALUD PÚBLICA Y
BIENESTAR SOCIAL**
PARAGUAY

PARAGUÁI
**TESÁIHA TEKÓ
PORÁVE**
MOTENONDEHA



Asunción, de de 202 .-

Señor:

**ABOG. MARIO GUILLERMO DÍAZ PEÑA, Director
Dirección de Establecimientos de Salud, Afines y Tecnología Sanitaria
Ministerio de Salud, Pública y Bienestar Social**

Presente:

Me dirijo a usted, mediante el presente instrumento, a fin de declarar fehacientemente, cuanto sigue: MANIFIESTO que tengo pleno conocimiento del Decreto N° 22.439/98 POR EL CUAL SE REGLAMENTA EL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGIA EN TODO EL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA y la Resolución SG N° 627/99 POR LA CUAL SE DISCRIMINAN LOS ACTOS ODONTOLÓGICOS CONFORME A LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO N° 22.439/98.

Por tanto, queda bajo mi responsabilidad el cumplimiento de lo establecido en dichas normas para el ejercicio de la profesión.

Firmo de conformidad

| Representante Legal 1: | Representante Legal 2: | Responsable Técnico: |
|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| | | |