



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: |
|------------------------|------------------------|----------------------|
|                        |                        |                      |