



COLEGIO DE MEDICOS
DE LA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DISTRITO DE

Imprimir

Mar del Plata,

de 201

SRA. PRESIDENTE
DEL COLEGIO DE MÉDICOS
DE LA PCIA. BS. AS
DRA. MARTA INCHAURRONDO
SU DESPACHO

De mi mayor consideración:

Cumplo en dirigirme a Ud. a fin de solicitarle la baja de mi matrícula nro.

a partir del

por

Firma

Aclaración

Matrícula Nro.
