

Mar del Plata,

Sra. Presidente

DEL COLEGIO DE MEDICOS

DISTRITO IX

DE LA PCIA BS. AS.

DRA. MARTA INCHAURRONDO

SU DESPACHO

De mi mayor consideración:

solicita a Ud. la inscripción de mi matrícula N°

a partir del                      fijando mi domicilio particular en

teléfono                                      , celular:

email:

domicilio profesional en el distrito de origen:                      ,

teléfono

y domicilio profesional en este distrito:

teléfono:

Los datos consignados tienen carácter de Declaración Jurada.

Saludo a Ud muy atte.

Firma:

Aclaración:

Matricula N°