



COLEGIO DE MEDICOS  
DE LA  
PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
DISTRITO IX

Mar del Plata,

de

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

De mi mayor consideración:

Solicito a Ud. la rehabilitación de mi matrícula nro. \_\_\_\_\_ a partir del \_\_\_\_\_,  
fijando mi domicilio particular en \_\_\_\_\_,  
teléfono \_\_\_\_\_, celular \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_  
y domicilio profesional \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_

Saludo a Ud. muy atte.-

Firma \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_

Matrícula Nro. \_\_\_\_\_