



Luján, .....de.....de 20.....

Señor Presidente del  
Distrito Vº del  
Colegio de Médicos de la  
Provincia de Buenos Aires  
SU DESPACHO

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de solicitarle quiera disponer por donde corresponda, se proceda a dar de baja mi matrícula N°....., en este Distrito Vº.

- MOTIVO:
- 1) Jubilación Ordinaria
  - 2) Jubilación Extraordinaria
  - 3) Jubilación Proporcional
  - 4) Continúa en otro Distrito. Cuál? .....
  - 5) Cancela en Pcia. de Buenos Aires
  - 6) Por enfermedad

.....  
.....  
FECHA DE CANCELACION.....

Sin otro particular y agradeciendo su gentileza, me complazco en saludarlo muy atentamente.

.....  
Firma

.....  
Aclaración de Firma

DOMICILIO PARTICULAR: .....

LOCALIDAD: .....TE .....

DOMICILIO PROFESIONAL: .....

LOCALIDAD: .....TE .....

**POR FAVOR ENVÍE ESTE FORMULARIO POR MAIL A [info@colmed5.org.ar](mailto:info@colmed5.org.ar)**

**SI EN EL TERMINO DE 48 HS. NO RECIBE CONFIRMACION DE RECEPCION, COMUNIQUESE CON NOSOTROS.**

**RECUERDE QUE ESTE TRAMITE TIENE VALIDEZ UNICAMENTE CON LA CONFIRMACION CORRESPONDIENTE**