



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
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