



Luján,de.....de 20.....

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

De mi consideración:

Por la presente solicito a Ud. se proceda a la
rehabilitación de mi matrícula N°..... a partir del
.....

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

.....

FIRMA

.....

ACLARACION DE LA FIRMA