

SOLICITUD DE CAMBIO DE CATEGORIA

Mar del Plata,.....
(dd/mm/aaaa)

Sra. Presidente del CMPBA Distrito IX°
Dra. Marta Inchaurreondo

De mi mayor consideración:

1 *Por la presente **solicito continuar ejerciendo la profesión en éste Distrito IX°, en calidad de médico INSCRIPTO / MATRICULADO** (tachar lo que no corresponda).*
Domicilio profesional (entidad / consult. part.):.....
.....
Calle.....N°.....Piso.....Localidad.....
TE fijo:.....
Celular profesional:
WhatsApp profesional:.....

2 ***Y declaro mi condición de INSCRIPTO / MATRICULADO** (tachar lo que no corresponda) en el Distrito.....*
Domicilio profesional (entidad / consult. part.):.....
.....
Calle.....N°.....Piso.....Localidad.....
TE fijo:.....
Celular profesional:
Mail profesional:.....

3 **DOMICILIO REAL:** calle.....N°.....Piso.....
Localidad:.....
TE fijo:.....
Celular particular:.....
Mail particular:.....
Si solicita el pase a condición MATRICULADO, el DOMICILIO REAL debe ser en el Distrito IX°

Saludo a Ud. muy atte.

Firma:.....
Aclaración:.....
Matrícula:.....