



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:

Cumplo en dirigirme a Ud. a fin de solicitarle la baja de mi matrícula nro.

a partir del

por

Para volver a ejercer la profesión deberá solicitar en forma expresa la rehabilitación de la matrícula, realizando el trámite correspondiente. En el caso de baja por enfermedad se deberá adjuntar el certificado médico respectivo, probando haber desaparecido las causales que motivaron la cancelación (conforme art. 40 y c.c. Ley 5413/58).

Asimismo me notifico que, atento a tener la matrícula de baja, estaré excluido del subsidio que otorga el Colegio de Médicos Dto. IX.

Por situaciones no contempladas, las consultas deberán dirigirse a Mesa Directiva.

Firma

Aclaración

Matrícula Nro.
