



**COLEGIO DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DISTRITO VIII**

....., De..... de 202....

Sr. Presidente Colegio de
Médicos Distrito VIII

Dr.

S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. con el fin de solicitar la BAJA de mi
matricula Nº a partir del día/...../202...., por el motivo
de.....

.....

.....-

Sin otro particular saludo a Ud. muy atte.

Dr/a

M.P

FIRMA Y SELLO

**RECUERDE QUE AL DAR DE BAJA LA MATRÍCULA SE DA DE BAJA AUTOMATICAMENTE
EL SEGURO COLECTIVO DE MALA PRÁXIS (en caso de ser Colegiado de este DTO. VIII y
estar adherido a través de Colegio).**

