

Baja de Matricula

(localidad) _____, ____/____/____

Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires
Distrito II – Mar del Plata
Sra. Presidente: Obst. Malmierca Elba Raquel
S/D

De mi mayor 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.

MOTIVO: (Marque con un tilde)
Jubilación Ordinaria
Jubilación Extraordinaria
Jubilación Proporcional
Continúa en el Distrito.....
Cancela en Pcia. de Buenos Aires
Por enfermedad

FECHA DE CANCELACION/...../.....

Sin otro particular, quedado a la espera de una pronta como
favorable respuesta, saludo atte.

FIRMA

ACLARACIÓN:

Datos de inclusión obligatoria

DOMICILIO PARTICULAR:

LOCALIDAD: TE

DOMICILIO PROFESIONAL:

LOCALIDAD: TE

FIRMA

Recuerde imprimir y enviar éste formulario por correo común ó personalmente