

FORMULARIO: CAMBIO DE DOMICILIO

(localidad) _____, ____/____/____

**Colegio de Obstétricas de la
Provincia de Buenos Aires**

Distrito -

Sra. Presidente:

.....
S/D

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. a fin de asentar mi cambio de domicilio a partir del día de la fecha.

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

FIRMA

ACLARACIÓN: _____

Datos de inclusión obligatoria

Nombres y Apellidos: _____ MP: _____

Domicilio Real: Calle _____ Nº _____

Localidad _____ Código Postal _____

Tel.: _____ E-mail _____

Domicilio Profesional: _____

LOCALIDAD: _____ Tel.: _____