



Luján, .....de.....de 20.....

Señor Presidente del  
Distrito V° del  
Colegio de Médicos de la  
Provincia de Buenos Aires  
SU DESPACHO

De mi 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 V°.

- MOTIVO:   **1)** Jubilación Ordinaria  
              **2)** Jubilación Extraordinaria  
              **3)** Jubilación Proporcional  
              **4)** Continúa en otro Distrito. Cuál? .....
- 5)** Cancela en Pcia. de Buenos Aires  
              **6)** Por enfermedad

.....

FECHA DE CANCELACION.....

Sin otro particular y agradeciendo su gentileza, me complazco en saludarlo muy atentamente.

.....  
Firma

.....  
Aclaración de Firma

DOMICILIO PARTICULAR: .....

LOCALIDAD: .....TE .....

DOMICILIO PROFESIONAL: .....

LOCALIDAD: .....TE .....

**RECUERDE ENVIAR ESTE FORMULARIO COMPLETO Y FIRMADO, POR CORREO POSTAL CON CARTA CERTIFICADA**