

# SOLICITUD DE DESVINCULACIÓN DE CONSULTORIO

FECHA ...../...../ .....

Sr/a. Presidente del  
Colegio de Odontólogos de la  
Provincia de Bs. As. – Distrito I  
S/D

De mi consideración:

El que suscribe, Dr./Dra. ....  
Matricula N° ....., tiene el agrado de dirigirse a Ud. y por su digno intermedio  
a quien corresponda, a fin de informarle que desde el día ..... no ejerzo la  
profesión en el consultorio sito en calle ..... N° .....  
ciudad/partido de ....., cuyo titular es de el Dr./Dra. ....  
....., Matricula N° .....  
Sin otro particular, saludo a usted muy atte.

.....  
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

