

SOLICITUD TITULAR DESVINCULA DECLARADOS

FECHA/...../

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

De mi consideración:

El/La que suscribe, Dr./Dra.
Matrícula N° tiene el agrado de dirigirse a usted y por su digno
intermedio a quien corresponda y en carácter de Titular del consultorio sito en calle
..... de la ciudad/partido de el cual
fuera Habilitado a con fecha bajo el certificado N°
....., a fin de informarle que desde el día
los profesionales que a continuación se detallan, quedan desvinculados del mismo:

MATRÍCULA N°	PROFESIONAL

Sin otro particular, saludo a usted muy atte.

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL