

SOLICITUD CIERRE 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.
Matrícula N° tiene el agrado de dirigirse a Ud. y por su digno
intermedio a quien corresponda, a fin de informarle que desde el día
he procedido con el cierre del consultorio sito en calle
de la ciudad/partido de el cual fuera Habilitado a mi nombre con
fecha bajo el certificado N°

A los fines solicitados para cumplimentar debidamente el trámite de baja mencionado, aclaro
que en este mismo acto = SI = NO adjunto en calidad de devolución el Certificado
extendido oportunamente para que se proceda a su correspondiente archivo.

Sin otro particular, saludo a usted muy atte.

.....
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

