



COLEGIO DE MEDICOS  
DE LA  
PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
DISTRITO IX

## SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN

EL PROFESIONAL MÉDICO

MATRÍCULA NRO

SOLICITA SE LE EXTIENDA CERTIFICADO DE:

- COLEGIACIÓN, ÉTICO Y LIBRE DEUDA**
- ESPECIALIDAD**
- S.A.P.**
- RECERTIFICACIÓN**

PARA SER PRESENTADO ANTE

DOMICILIO PARTICULAR

TELÉFONO PARTICULAR

DOMICILIO PROFESIONAL

TELÉFONO PROFESIONAL

CUIT NRO.

E-MAIL

CONDICIÓN I.V.A

GANANCIAS

MAR DEL PLATA,

FIRMA DEL SOLICITANTE:

\_\_\_\_\_

ACLARACIÓN:

\_\_\_\_\_

REMITIR A: