

Mar del Plata,

Sra. Presidente

DEL COLEGIO DE MÉDICOS

DISTRITO IX

DE LA PCIA. BS. AS.

DRA. MARTA INCHAURRONDO

SU DESPACHO

De mi mayor consideración:

solicita a Ud, la inscripción de mi matrícula N°

a partir del _____ fijando mi domicilio particular en _____ ,
localidad _____

telefono: _____ , celular: _____

email: _____

domicilio profesional en el distrito de origen:

teléfono: _____

y domicilio profesional en este distrito: _____ localidad _____

telefono _____

Los datos consignados tienen carácter de Declaración Jurada.

Saludo a Ud. muy atte.

Firma:

Aclaración

Matrícula N°