



Caronti 86 – Bahía Blanca
Tel/fax: 0291 455-2929
WhatsApp: 2914061344
Mail: secretaria@colmedx.org.ar
www.colmedx.org.ar

Colegio de Médicos
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

CAMBIO CONDICIÓN MATRICULACIÓN

Bahía Blanca, ____ de _____ de 20__

Sra. Presidenta del
Colegio de Médicos de la
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

De mi mayor consideración:

Solicito continuar ejerciendo a partir del _____ en este Distrito X en calidad de (Inscripto o Colegiado) _____.

Declaro que mi domicilio profesional en este Distrito esta sito en calle: _____

N° _____ de la localidad de _____ y mi domicilio particular es calle: _____ N° _____ de la localidad de _____

Declaro mi condición de (inscripto/Colegiado/baja) _____ a partir del _____ en el Distrito _____

Saludo a Ud. Muy atentamente.

Firma y Aclaración:

Matrícula N°:

Nota: Si pasa a condición de COLEGIADO, el domicilio particular debe ser en el Distrito X