



Caronti 86 – Bahía Blanca
Tel/fax: 0291 455-2929
WhatsApp: 2914277872 - 2914277866
Mail: secretaria@colmedx.org.ar
www.colmedx.org.ar

Colegio de Médicos
Provincia de Buenos Aires
Distrito X

FORMULARIO SOLICITUD DE MATRICULACIÓN LEY 11.342 – MATRÍCULA ESPECIAL PARA JUBILADOS

Bahía Blanca, ____ de _____ de 20__

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

De mi mayor consideración:

El que suscribe _____ solicita que desea

hacer uso de la facultad de matricularse en las condiciones previstas por la Ley 11.342.

Que a tal fin declara bajo juramento:

- A) Que estaba matriculado en el Distrito X, bajo matrícula _____
- B) Que la cancelación de su matrícula se produjo por haberse acogido a **la JUBILACIÓN ORDINARIA.**
- C) Que denuncia la nómina de familiares a cargo.

Nombre y Apellido

DNI N°

Firma

DNI: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

En fecha se eleva a la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Pcia. De Buenos Aires, a fin de autorizar la habilitación en los términos de la Ley 11.342.