



Sr. Presidente del

Colegio de Odontólogos de la

Provincia de Buenos Aires – Distrito VIII

S/D

El que suscribe, Dr./a: _____
_____ (MP. _____) 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 adjunto en calidad de devolución el Certificado extendido oportunamente para que se proceda a su correspondiente archivo.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atentamente.

.....
Firma y Sello