



**Sr. Presidente del
Colegio de Odontólogos de la
Provincia de Bs. As. – Distrito I
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 C =SI / C =NO adjunto en
calidad de devolución el Certificado extendido oportunamente para que se proceda a su
correspondiente archivo.*

Sin otro particular, saludo a usted muy atte.

.....
Firma y Sello