



**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 usted y por su digno
intermedio a quien corresponda y, en carácter de Titular del consultorio sito en
calle: _____ de la ciudad/partido
de _____, el cual fuera Habilitado a con fecha ___/___/___
bajo el certificado N° _____, a fin de informarle que desde el día ___/___/___ los
profesionales que a continuación se detallan, quedan desvinculados del mismo:*

MP	Profesional

Sin otro particular, saludo a usted muy atte.

.....
Firma y Sello