



**COLEGIO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
DISTRITO I**

Avda. 51 º723 – 1900 La Plata – Telefax: (0221) 425-6311 – 427-1997 * E-mail: info@colmed1.org.ar

La Plata, _____

**Sr.
Presidente del
Colegio de Médicos de la
Pcia. de Bs. As. Distrito I
Dr. RICARDO MARCHETTI
S/ Despacho**

Tengo el agrado de dirigirme a Usted con el
objeto de solicitar la **REHABILITACIÓN** de mi matrícula provincial
Nº: _____, a partir del día: _____.-

Sin otro particular lo saluda atentamente.-

Dr.: _____

M.P.: _____

*** ADJUNTO FOTOCOPIA DE CERTIFICADO MEDICO DE ALTA.**

