

SALTA, _____ de _____ de _____.-

**SEÑOR
PRESIDENTE DE LA
MESA DIRECTIVA DEL
COLEGIO DE MÉDICOS DE SALTA
SU DESPACHO**

El/la que suscribe, Dr./Dra. _____

M. P. N° _____, se dirige a Ud. a los fines de solicitarle:

Constancia/s de **Especialista / Antecedentes** en: _____

Habilitación para realizar la **Práctica** de: _____

Constancia/s de **Médico General** (Art. N° 54 y 55 – Dcto. N° 9114/65)

Constancia/s de **No registrar Consultorio Profesional Habilitado**.

Rematriculación Profesional.

Prórroga de Matrícula Profesional por treinta (30) días.

Fotocopia Certificada de: _____

Sin otro particular, me despido de Ud. muy atentamente.

.....
Firma

<u>INFORME CONTABLE</u>			
Forma de Pago:			
Registra Deuda:	NO	SI	\$