



Caronti 86 – Bahía Blanca  
Tel/fax: 0291 455-2929  
WhatsApp: 2914061344  
Mail: [secretaria@colmedx.org.ar](mailto:secretaria@colmedx.org.ar)  
[www.colmedx.org.ar](http://www.colmedx.org.ar)

**Colegio de Médicos**  
Provincia de Buenos Aires  
Distrito X

## CANCELACIÓN TRANSITORIA DE MATRÍCULA

Bahía Blanca, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Sra. Presidenta del  
Colegio de Médicos de la  
Provincia de Buenos Aires  
Distrito X

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted con el objeto de solicitar la CANCELACIÓN TRANSITORIA de mi matrícula provincial N° \_\_\_\_\_ a partir del día \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Firma y Aclaración:

Matrícula N°:

\*Adjunto fotocopia del certificado médico.

- 
- **IMPORTANTE:** Tomo conocimiento de que la rehabilitación de la Matrícula **no es automática**, por tal razón debo comunicar el cese de la cancelación y solicitar la Rehabilitación Matricular

Firma y Aclaración:

Matrícula N°: