



Centro Médico de Mar del Plata

SOLICITUD DE BAJA como SOCIO del CENTRO MÉDICO DE MAR DEL PLATA

SECRETARÍA GENERAL

Quien suscribe, Dr./Dra.....
Matrículasolicita autorización para darse de baja del padrón
de atención OO.SS. y Mutuales y como socio de la entidad CENTRO MÉDICO DE MAR
DEL PLATA, a partir del/...../..... Por motivos:

.....
.....
.....
.....
.....

(Por Favor, si los motivos fuesen personales les solicitamos expresarlos)

Dejo expresa constancia que estoy en conocimiento de la reglamentación vigente; Estatuto
Reglamento Caja de Ayuda Profesional Art. 7. 7º Bis. consiento en todos sus términos y la
consecuente aplicabilidad que estos posean respecto a mi persona y situación.-

¿Integra alguna MIPE? ¿Cuál?

¿Integra alguna MAPE? ¿Cuál?

¿Integra alguna MEPE? ¿Cuál?

Firma

Aclaración

Matrícula

Fecha

Dirección para recepción Nota de Baja