



La Plata,/...../.....

Débito Automático Colegio Médicos Distrito I

Sr. Presidente de la Agrupación Médica Platense

Dr.

S

/

D

Por la presente me dirijo a Ud. para solicitarle que se me efectúe, a través de esta Agrupación Médica Platense, el débito automático de la Matrícula correspondiente al Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito I.

Firma

Apellido y Nombre:

Matrícula:

Domicilio Particular:

Teléfono: