



AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Secretaría Administrativa

Calle 6 Nº 1137 - LA PLATA - 1900 - LINEAS ROTATIVAS 425-5208 / 4255213

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

Débito Automático Colegio Médicos Distrito I

Sr. Presidente de la Agremiación Médica Platense

Dr.

S / D

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

Datos del Profesional:

| Apellido y Nombre:.....

| Matrícula:.....

| Domicilio Particular:.....

| Teléfono:

FIRMA
