



SOLICITUD DE BAJA DEL SEGURO DE MALA PRAXIS

.....de.....de 20.....

SR. PRESIDENTE DE LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL
PARA ODONTOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Dr.....

S _____ / _____ D:

De mi mayor consideración:

Cumplo en dirigirme a Usted, a los efectos de solicitar la **Baja del Seguro de Mala Praxis**, a partir del/...../.....-

IMPORTANTE: La baja se realizará a partir del último día del mes indicado.

NOMBRE Y APELLIDO DEL ODONTOLOGO:.....

NUMERO DE MATRICULA:.....

FIRMA DEL AFILIADO

DTO.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN			
FECHA DE ENTRADA		NÚMERO DE AFILIADO			
					-
OE. R.	CÓDIGO	T.F.			
0 3	C C 1				