



### SOLICITUD DE BAJA DE CoMel para el TITULAR JUBILADO

....., .....de ..... de 20 .....

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

Dr .....

De mi mayor consideración:

Cumplo en dirigirme a Usted, a los efectos de solicitar la **exención de Comei**, ya que poseo la Cobertura Médica ..... Para su certificación, adjunto documentación que avala mi afiliación, haciendo entrega del carnet de CoMel. (\*)

Asimismo, tomo conocimiento y acepto que en caso de reingresar al Sistema de CoMel, abonaré la cuota al Plan 2010 según mi edad, *mas el ADICIONAL que establece el reglamento Respectivo, el cual declaro conocer y aceptar en todos sus términos.*

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

DTO.	NÚMERO DE CONTROL				ORDEN	
FECHA DE ENTRADA			NÚMERO DE AFILIADO			
						-
OFR				T F.		
0	2	C	P	D		

FIRMA DEL AFILIADO

Sello entrada DELEGACIÓN

NOMBRE Y APELLIDO DEL ODONTÓLOGO .....

NÚMERO DE AFILIADO .....

(\*) La presentación de la documentación es imprescindible para dar curso a la solicitud.