

..... (Mnes.), de de 2.0....-

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi BAJA COMO ASOCIADO Y PRESTADOR, en razón de

Seguidamente detallo los servicios que tenía convenidos a dar de baja:

- Seguro Mala praxis
- Seguro Sancor Salud
- Sistema de Beneficios Sociales
- AOA
- IAMIP
- CAPROSA
-
-

Atentamente.-

.....
Firma y sello