

..... (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 TRANSITORIA/
DEFINITIVA (tachar lo que no corresponda) del PADRON DE PRESTADORES, en razón de
..... (art. 5 y 6 Regl. Padrón de
Prestadores; Art. 14 del Estatuto).

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

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

Asimismo, dado que no contaré con acreencias para los descuentos correspondientes, me comprometo a abonar mensualmente las cuotas de los servicios con los que continuaré a través de la institución, que detallo a continuación y la cuota social (Art. 11, 12, 14 del Estatuto)

Atentamente.-

.....
Firma y sello