

..... (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 afiliado/a a la A.O.A., y  
asimismo el cese de los descuentos desde mi efectiva baja.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

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

Sr./a Presidente

Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur

Dr./a .....

SU DESPACHO.

Me dirijo a Ud. solicitando mi incorporación a la A.O.A., y asimismo, por medio de la presente, autorizo los descuentos de mis acreencias correspondientes a la cuota mensual.

Atentamente.-

.....  
Firma y sello

