



COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
SALAMANCA

DOMICILIO SOCIAL:
BIENTOCADAS 7 – 37002 SALAMANCA
TF: 923 263462 / FAX: 923 260062
E-mail: oficinas@comsalamanca.es
Pág web: www.comsalamanca.es

SOLICITUD DE BAJA COLEGIAL

D/D^a _____ colegiado nº _____
_____ con domicilio actual en calle _____
Localidad _____ provincia _____
CP _____ teléfono _____.

SOLICITA:

LA BAJA DE COLEGIACIÓN POR:

- Traslado al Colegio Médicos de.....;
- Cese en el ejercicio profesional;
- Traslado al extranjero (indicar país):.....
- Otras causas:

comprometiéndose a no realizar ejercicio profesional a partir de esta fecha en esta provincia.

Salamanca, ____ de _____ de 20__

Firma del interesado

NOTA IMPORTANTE:

Es requisito indispensable para la concesión de la baja colegial cumplir el siguiente apartado:

- Estar al corriente de la obligación económica con el Colegio (presentando último recibo pagado).**
- Devolución del Carné Colegial**