



Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la Provincia de Córdoba

SOLICITUD DE BAJA

D./D^a _____ colegiado nº _____
con domicilio actual en calle _____
Localidad _____
Provincia _____ CP _____ Teléfono _____ fax nº _____

SOLICITA:

LA BAJA DE COLEGIACIÓN POR

- Traslado a _____
- Otras causas indicar:

Comprometiéndose a no realizar ejercicio profesional a partir de esta fecha en esta provincia

Córdoba a ____ de _____ de ____

Firma del interesado

NOTAS IMPORTANTES:

Es requisito indispensable para la concesión de la baja colegial cumplir los siguientes apartados:

- a) Estar al corriente de la obligación económica con el Colegio.
- b) Devolución del Carnet de Colegiado.
- c) Devolución del Talonario de Tóxicos si lo tuviera.
- d) Darse de baja, si procede, en el IAE.