



SOLICITUD DE BAJA A FOPC

Círculo y Matrícula: /.....

Lugar y fecha: /...../.....

Sr. Presidente

del Círculo Odontológico de

.....

Dr.....

S.D.

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted con el fin de solicitarle mi baja a
F.O.P.C.

Motiva la misma:.....

.....

.....

Hago presente que he sido debidamente informado/a sobre las causales de pérdida del beneficio que otorga el Fondo compensador del Departamento de Asistencia Social para el Odontólogo (DASO) por dejar de pertenecer al Padrón de Prestadores de la Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba (art. 4º) como así también los supuestos contemplados en los artículos 5º y 6º de su reglamentación vigente y aprobada por Asamblea, los que declaro conocer por figurar publicados en la página web: www.fopc.org.ar

Sin otro particular saludo a Usted muy atentamente.

Firma y sello:

Aclaración: M.P...../.....

NOTA: se adjunta LIBRE DEUDA DE F.O.P.C.