



SOLICITUD DE INSCRIPCION Y/ O  
ACTUALIZACION DE PADRON SOCIETARIO

NOMBRE Y APELLIDO: .....  
 NACIONALIDAD: ..... DOCUMENTO N° ..... TIPO: .....  
 FECHA DE NACIMIENTO: ..... ESTADO CIVIL: .....  
 TITULO MEDICO OTORGADO POR: ..... AÑO DE EGRESADO: .....  
 TITULO ESPECIALISTA EN CIR. PLAS. OTORGADO POR: ..... AÑO: .....  
 DEDICACION EXCL. A LA ESPEC.: SI NO OTRAS ESPECIALIDADES: .....  
 MATRICULA NACIONAL N\* : ..... MATRICULA PROVINCIAL N\* : .....

**DOMICILIO PARTICULAR**

CALLE: .....N\* : .....PISO: ..... DTO: .....  
 LOCALIDAD: ..... COD. POSTAL: ..... TEL: .....

**DOMICILIO CONSULTORIO**

CALLE: ..... N\* : ..... PISO: ..... DTO: .....  
 LOCALIDAD: ..... COD. POSTAL: ..... TEL: .....  
 E MAIL: .....

**HOSPITAL / INSTITUCIÓN**

NOMBRE: .....  
 JURISDICCION: NACIONAL PROVINCIAL PRIVADA OTRAS

SERVICIO: .....

CARGO QUE OCUPA: CONCURRENTE RESIDENTE NACIONAL  
 VISITANTE RESIDENTE EXTRANJERO  
 MEDICO STAFF BECARIO  
 JEFE SUB-JEFE  
 ANTIGÜEDAD: ..... AÑOS .....

ES SOCIO DE: A.M.A.: SI NO N\* DE SOCIO: ..... ANTIG.: .....  
 S.A.C.P.: SI NO N\* DE SOCIO: ..... ANTIG.: .....  
 S.C.P.B.A.: SI NO N\* DE SOCIO: ..... ANTIG.: .....  
 TITULAR ASPIRANTE ASOCIADO  
 OTRAS: .....

COMO DESEA PAGAR LA CUOTA SOCIETARIA?

HOSPITAL COBRADOR TARJ.CRED. SECR.ADM.S.C.P.B.A.

TIENE INTERES EN UN SEGURO MEDICO COLECTIVO POR MALA PRAXIS? SI NO

**SOCIOS TITULARES S.C.P.B.A. QUE AVALAN SU INGRESO (ANTIGÜEDAD MINIMA 5 AÑOS)**

1) NOMBRE Y APELLIDO: .....SOCIO N\*: .....  
 FECHA DE LA FIRMA

FIRMA:

2) NOMBRE Y APELLIDO: .....SOCIO N\*: .....  
 FECHA DE LA FIRMA

FIRMA:

**INQUIETUDES Y/O SUGERENCIAS**

.....  
 .....  
 .....