

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Y/ O
ACTUALIZACIÓN DE PADRÓN SOCIETARIO**

NOMBRE Y APELLIDO:
 NACIONALIDAD: TIPO y DOCUMENTO N° CUIT N°:
 FECHA DE NACIMIENTO: ESTADO CIVIL:
 TÍTULO MÉDICO OTORGADO POR: AÑO DE EGRESADO:
 TÍTULO ESPECIALISTA EN CIR. PLAS. OTORGADO POR: AÑO:
 DEDICACIÓN EXCL. A LA ESPEC.: SI NO OTRAS ESPECIALIDADES:
 MATRÍCULA NACIONAL N* : MATRÍCULA PROVINCIAL N* :

DOMICILIO PARTICULAR

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

DOMICILIO CONSULTORIO

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

HOSPITAL / INSTITUCIÓN

NOMBRE:
 JURISDICCIÓN: 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: S.A.C.P.E.R: SI NO N* DE SOCIO: ANTIG.:
 S.C.P.B.A.: SI NO N* DE SOCIO: ANTIG.:
 TITULAR ADHERENTE ASOCIADO
 OTRAS:

CÓMO DESEA PAGAR LA CUOTA SOCIETARIA?

TARJ.CRED. SECR.ADM.S.C.P.B.A. ADHESIÓN DÉBITO (con Visa Crédito)

TIENE INTERÉS EN UN SEGURO MÉDICO COLECTIVO POR MALA PRAXIS? SI NO

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

- 1) NOMBRE Y APELLIDO: SOCIO N*: FIRMA:
- 2) NOMBRE Y APELLIDO: SOCIO N*: FIRMA:
- 3) NOMBRE Y APELLIDO: SOCIO N*: FIRMA:
- 4) NOMBRE Y APELLIDO: SOCIO N*: FIRMA:
- 5) NOMBRE Y APELLIDO: SOCIO N*: FIRMA:

INQUIETUDES Y/O SUGERENCIAS

.....

