

**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**

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