

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 (marcar con X):

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 ABONAR LA CUOTA SOCIETARIA? ADHESIÓN DÉBITO (con Visa Crédito)
 ADHESIÓN DÉBITO (Pago Directo cuenta bancaria)
 DEPÓSITO/ TRANSFERENCIA

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

.....

