



SOCIOS

SOLICITUD DE INGRESO O REINCORPORACION

RCMSOC 06-2

San Juan, ____ de _____ de 20____.-

**Comision Directiva del
COLEGIO MEDICO DE
SAN JUAN ASOCIACIÓN CIVIL
Presente**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., y por su digno intermedio a la Honorable Comisión Directiva, a efectos de solicitarle mi **INGRESO** **REINCORPORACION** (marcar lo que corresponda) a esa institución, en calidad de socio/a.

Identificado/a con los fines perseguidos por ese Colegio, declarados en su Estatuto vigente, el que manifiesto conocer y me comprometo a observar fielmente, saludo a Ud. atentamente.

DATOS PERSONALES

Apellido/s		Nombres		
Documento de Identidad	Nacionalidad	Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Provincia de Nacimiento
Domicilio Particular			Teléfono Fijo / Teléfono Celular	
Datos del Cónyuge: (Apellido y Nombre)		Es Médico: Si - No		Nº de Cuenta en Colegio:
Correo electrónico:				

DATOS PROFESIONALES

Título	Universidad	Fecha de Egreso	Fecha de Título
	/...../...../...../.....
Especialidad Principal	Título de Especialista	Inscripción de la Especialidad en Salud Pública	
		Matrícula de Especialista Nº	
Matrícula Provincial	Relación de Dependencia	Servicio donde se desempeña	Residencia Médica (Fecha)
Nº	Si - No		Desde:...../...../..... Hasta:/...../.....
Domicilio Consultorio			Teléfono Fijo
Seguro de Mala Praxis: SI - NO.		Compañía:	Vigencia Desde:...../...../..... Hasta:...../...../.....

DATOS IMPOSITIVOS Y BANCARIOS

C.U.I.T.	I.V.A.	Responsable Inscripto <input type="checkbox"/> Responsable NO Inscripto <input type="checkbox"/> Monotributista <input type="checkbox"/>	Nº de Inscripción en Ingresos Brutos:
Cuenta Bancaria			
Banco:.....Sucursal:..... Nº de Cuenta:.....Tipo:			
Clave Bancaria Uniforme (C.B.U.):			

Fotografía 4 x 4	SOCIOS QUE LO PRESENTAN		
	Apellido y Nombre	Nº de Cuenta	Firma
	Apellido y Nombre	Nº de Cuenta	Firma

Declaro bajo juramento no tener inhabilitación de tipo gremial o judicial que me impidan ser socio/a de esta institución.

Firma y Sello Profesional

RESOLUCION DE COMISIÓN DIRECTIVA

Fecha de la sesión	Aprobado	Rechazado	Observaciones:	Nº de Cuenta
Día Mes Año	Firma	Firma		