

LA PRESENTE SOLICITUD; DESPUES DE SER COMPLETADA Y FIRMADA DEBERA ENVIARSE A LA SOCIEDAD DE UNA DE LAS SIGUIENTES FORMAS:

1. PUEDE SCANEARSE Y SER ENVIADA A sociedadargentinademedicina@gmail.com
2. PUEDE ENVIARSE POR FAX AL 011 4864-3622
3. PUEDE ENVIARSE POR CORREO A GASCON 655 PISO 11 DPTO E CP 1181. CABA

SOLICITUD DE ASOCIACION

Sr.
Presidente de la
Sociedad Argentina de MEDICINA

Me dirijo a UD. con el objeto de solicitarle tenga a bien aceptarme en calidad de Socio:

ADSCRIPTO (X) TITULAR () ADHERENTE ()

Adjunto la documentación que acredita mi habilitación en dicha categoría.

Saludo a Ud. muy atentamente.

Firma:

Aclaración:.....

Lugar y Fecha:.....

Documentación requerida:

Fotocopia del Título de Médico

Fotocopia de la Matrícula Profesional.

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:	
DNI:	
Fecha de Nacimiento:	
Nacionalidad:	
Domicilio Particular:	
Código Postal:	
Localidad:	
Provincia:	
Teléfono Particular:	
Celular:	
E-Mail:	
Matrícula:	
Año de egresado:	
Universidad:	
Título:	
ospital en que trabaja:	
Domicilio laboral:	
Teléfono:	
Fax:	

Firma:.....Aclaración:.....

Fecha:

FORMAS DE PAGO

La cuota societaria que es de \$ 900 anuales a cobrarse en 3 cuotas de \$300, a descontarse por Débito automático en una tarjeta de crédito Visa o Mastercard en los meses de abril, agosto y diciembre de cada año

Deberá remitirnos el formulario de Autorización de débito automático, completo y firmado.

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO

Autorizo el débito automático de las cuotas societarias en mi tarjeta de Crédito
VISA N°.....
MASTERCARD N°.....
Fecha de Vencimiento.....

Firma:

Aclaración:

Documento:

Fecha: