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: |  |
| Hospital en que trabaja: |  |
| Domicilio laboral: |  |
| Teléfono: |  |
| Fax: |  |

Firma:………………………………………..Aclaración:…………………………… Fecha: ……………………….

FORMAS DE PAGO

La cuota societaria que es de $ 600 anuales a cobrarse en 3 cuotas de $200, 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 Nº…………………………………..

MASTERCARD Nº……………………….. Fecha de Vencimiento…………………………

Firma: ………………………….. Aclaración: ……………………..

Documento: ……………………..

Fecha: …………………..