



SAN JUAN, ____ de _____ de _____

Señor Presidente 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 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					Firma y Sello	
Apellido/s			Nombres			
Doc. De Identidad		Nacionalidad	Estado Civil	Fecha de Nacimiento		Provincia de Nacimiento
Tipo	Número			Día	Mes	Año
Domicilio Particular					Teléfonos	
Calle		Nro	Orient.	Dpto.	Fijo	Celular
Datos del Cónyuge						Es Médico: Sí No
Apellido y Nombre					Nº de Cuenta en Colegio: _____	
Correo electrónico:						

DATOS PROFESIONALES							
Título		Universidad		Fecha de Egreso		Fecha de Título	
				Día	Mes	Año	Día Mes Año
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	
Número	Fecha					Desde	Hasta
Domicilio Consultorio					Teléfonos		
Calle		Nro	Orient.	Dpto.	Fijo		
SEGURO DE MALA PRAXIS : SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				Compañía		Vigencia desde hasta	

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

SOCIOS QUE LO/LA PRESENTAN			
2 fotografías 4 x 4	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

RESOLUCION DE COMISIÓN DIRECTIVA					
Fecha de la sesión		Aprobado	Rechazado	Banda de Aportes	Nº de Cuenta
Día	Mes	Año	Firma	Firma	