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 CORREO A GASCON 655 PISO 11 DPTO E CP 1181. CABA

SOLICITUD DE ASOCIACION

Sr/a.

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: ……DIGITAL ………………………. 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: |  |
| CUIT--CUIL |  |
| Resp Inscripto |  |
| Monotributista \*\*\*\* |  |
| Nacionalidad\*\*\*\* |  |
| Exento o Cons Final \*\*\*\* |  |
| Domicilio Particular: |  |
| Código Postal: |  |
| Localidad: |  |
| Provincia: |  |
| Celular: |  |
| E-Mail: |  |
| Matrícula: |  |
| Año de egresado: |  |
| Universidad: |  |
| Título: |  |
| Hospital en que trabaja: |  |
| Domicilio laboral: |  |

\*\*\*\*Responder SI o NO

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

FORMAS DE PAGO

La cuota es de de **$ 8000** anuales (a descontarse en una sola vez) mediante **tarjeta de crédito** Visa o Mastercard. **o tarjeta de debito VISA**

En caso de no poseer dichos medios, existe un recargo del 25%, siendo de **$ 10000** anuales, que puede abonarse por depósito o transferencia, durante el mes de marzo de cada año a la cuenta siguiente:

**Cuenta Corriente nº 013568/5**

**Banco Santander Río, sucursal 197**

**ALIAS: SAM.SOCIEDAD**

**CBU 07201970 20000001356854**

**CUIT Nº 30-67599118-5**

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

VISA CREDITO Nº…………………………………..

VISA DEBITO Nº…………………………………..

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

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

Documento: ……………………..

Fecha: …………………..