



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 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.



Gascón 655 11° E - (1181) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfono / Fax (011 4864-3622
email: sociedadargentinademedicina@gmail.com
Personería Jurídica autorizada por Resolución I.G.J. 000978/ 93

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:	
DNI:	
Fecha de Nacimiento:	
CUIT	
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:



Gascón 655 11° E - (1181) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Teléfono / Fax (011 4864-3622
email: sociedadargentinademedicina@gmail.com
Personería Jurídica autorizada por Resolución I.G.J. 000978/ 93

FORMAS DE PAGO

La cuota es de de \$ **55.000** 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, siendo de \$ **70.000** anuales, que pueden abonarse por depósito o transferencia, antes del 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: