



Avda. San Martín 655 – 6300 – Santa Rosa –La Pampa Tel. (02954) 45-6860 - 61 -62 -63 - Fax.: (02954) 43-0050 www.colegiomedicolp.org.ar
Nro. Inscripción Registro Nac. Prestadores – S.S.S.: 1090/02

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

..... de de

Sr.:

Secretario Asuntos Profesionales

COLEGIO MEDICO DE LA PAMPA

PRESENTE.-

El que suscribe, Dr./a:, Matrícula Provincial Nro.:, extendida por el Consejo Superior Médico de La Pampa, solicita Ud. se evalúe la posibilidad de ingresar como **Socio Activo - Prestador - Adherente** (tachar lo que no corresponda), comprometiéndome a respetar íntegramente su Estatuto y Normas en vigencia, que declaro conocer y aceptar.

En tal sentido, acompaño con la presente documental requerida para tal fin, detallando al pie la presente, todos mis datos personales y profesionales.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

Firma:

Aclaración:

DATOS PERSONALES Y PROFESIONALES:

Apellido y Nombres Completos:

Tipo y Número de Documento: Nacionalidad:

Lugar y Fecha de Nacimiento:

Domicilio Particular: T.E.: Localidad:

Domicilio Profesional: T.E.: Localidad:

Cel.: E-mail:

Título: Extendido por:

Fecha de Graduación: Fecha de Otorgación Título:

Mat. Prov. Nro.: Especialidad: Mat. Especialista Nro.:

Mat. Nacional Nro. Nro. Certificado de Inscripción R. N. P.: Vence.....

C.U.I.T. Nro.: Condición: R.N.I. Exento R.I. Monotributo

Ingresos Brutos Nro.:

Apellido y Nombres de los Padres:

Estado Civil: Apellido y Nombre del Cónyuge:

Tipo y Nro. Documento: Lugar y Fecha de Nacimiento:

HIJOS: APELLIDO Y NOMBRE	FECHA DE NAC.:	D.N.I.	LUGAR:

Firma: