

**SOLICITUD DE INGRESO**

Salta, .....de .....de 20.....

El/la suscripto/a .....  
Médico/a conforme con los estatutos del Círculo Médico de Salta, solicita ser admitido como socio/a activo/a y adjunta los antecedentes correspondientes.

FIRMA Y SELLO.....

Socio/a que lo/la presenta, DR./a: .....

FIRMA Y SELLO.....

**FICHA INDIVIDUAL**

(Llenar con letra de imprenta o máquina)

Nombre y Apellido: .....

Fecha de Nacimiento: ...../...../..... Años: ..... Nacionalidad: .....

Lugar de Nacimiento: ..... Estado Civil: .....

Tipo y Número de Documento: .....

Domicilio particular: ..... Tel. y Cel: .....

Domicilio Profesional: ..... Tel. : .....

E-Mail: .....

Nombre y Apellido del/la esposo/a: .....

Nombre y Apellido del Padre: .....

Nombre y Apellido de la Madre: .....

Fecha de Expedición de Título: ...../...../..... Nº de Mat. Nac.: ..... Nº de Mat. Prov.: .....

Universidad que le expidió o revalidó: .....

Especialidad profesional a que se dedica: .....

Lugares donde ha ejercido la profesión: .....

.....

.....

Cargos médicos que ha desempeñado: .....

.....

Cargo actual que desempeña (Público o Privado): .....

Fecha de matriculación en el Colegio Médico de Salta: ...../...../.....

Asociaciones profesionales a las que está adherido (Incluir fechas de ingreso): .....

.....

.....

Nº de Registro Nacional de Prestadores (Presentar Copia): .....

FIRMA Y SELLO.....

**Exclusivo para la Comisión Directiva:**

Aprobado: SI  NO  Acta Nº:..... de fecha de Ingreso como socio : ...../...../.....

Nº de Socio: :.....