

**SOLICITUD DE ADHESIÓN A LOS SERVICIOS PRESTADOS POR LA
ASOCIACIÓN DE MÉDICOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

El que suscribe:

Solicita de la Asociación de médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, su inscripción a los servicios de asesoramiento jubilatorio, asesoramiento legal por mala praxis (civil y penal), participación en los cursos de perfeccionamiento que dicta la institución (aceptando cumplir los reglamentos que los rigen) y al sistema de Fondo Solidario Profesional de la Salud en carácter de adherente a los mismos, declarando conocer los reglamentos de la institución, comprometiéndome al fiel cumplimiento de los mismos en todas sus partes. Asimismo declaro conocer y recibir un ejemplar del reglamento del fondo Solidario Profesional de la Salud, el que expresamente acepto en su totalidad, como así también que la institución no me representa en lo gremial, ni en lo personal, ni colectivamente.

Declaro conocer que podré usar y gozar de los beneficios enunciados a partir del día primero del mes siguiente al de la presentación de esta solicitud, comprometiéndome a abonar las cuotas respectivas en la sede de la Institución –Junín 1440, Capital Federal- o donde ésta señale en el futuro. La falta de pago de dos (2) cuotas implicará mi exclusión del sistema sin comunicación previa.

Completar con letra de imprenta

Apellido y nombres:.....

Domicilio:.....

Localidad:..... C.P.:.....

Provincia:.....Teléfono:.....

Nacionalidad: Estado civil:

Documento tipo / Nº:..... CUIT / CUIL / CDI:.....

Fecha de nacimiento:..... Mat. Nac. Nº:.....

Profesión:.....

Buenos Aires, (fecha):.....

Capital asegurado:

Especialidades:.....

Domicilio cocratorio:..... C.P.:.....

Localidad: Teléfono:

Declaro prestar servicios en los siguientes establecimientos:

.....
.....
.....
.....

Lugar de cobro: Cobrador Consejo Argentino de Oftalmología

Firma y aclaración

COMPLETE TODOS LOS DATOS CASO CONTRARIO NO SE ACEPTARÁ LA FICHA DE INSCRIPCIÓN