

**SOLICITUD DE ADHESION A LOS SERVICIO PRESTADOS POR LA ASOCIACION DE
MEDICOS MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES**

El que suscribe:
Solicita de la Asociación de Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires, su incorporación a los servicios de asesoramiento legal por mala praxis (civil y penal), participación en los cursos de perfeccionamiento que dicta la institución (aceptando cumplir con los reglamentos que los rigen) y al seguro por mala praxis profesional en salud, contratado en compañías autorizadas a operar por la S.S.N., 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 de los servicios que la Asociación presta, 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.

Completar con letra de imprenta:

APELLIDO Y NONBRE:

DOMICILIO:

LOCALIDAD: **PROVINCIA:** **CP:**

TEL./CEL: / **MAIL:**

DOC. TIPO/Nº **CUIT/CUIL/CDI**

FECHA DE NAC.: **NACIONALIDAD**

ESTADO CIVIL: **TIPO Y Nº DE MATRICULA** **MN:** **MP:**

BS. AS., (FECHA)

CAPITAL ASEGURADO: \$

ESPECIALIDADES:

DOMIC. CONSULTORIO: **CP:**

TELEFONO:

DECLARO PRESTAR SERVICIOES EN LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS

.....

.....

Lugar de cobro: MUTUAL DE MEDICOS DE SAN MARTIN (COB. 06)

.....
FIRMA

COMPLETE TODOS LOS DATOS CASO CONTRARIO NO SE ACEPTARA LA FICHA DE INSCRIPCION