



Formulario de Inscripción

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre:	Tipo de Miembro:
Fecha Movimiento:	Tipo de Movimiento:
N° Documento:	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:
Calle:	
Localidad:	
Telefono Personal:	
Telefono Personal (Opcional):	
Correo Electronico:	

DATOS LABORALES

Numero de Matricula:	Fecha de Matricula:
Facultad de Egreso:	Fecha de Egreso:
Especialidad Principal:	
Especialidad Secundaria:	
Dirección:	
Localidad:	
Telefono Laboral:	Telefono Laboral (Opcional):

DATOS DE COBRO

Banco:	Tipo de Cuenta:
N° de Cuenta:	N° de CBU:

SITUACION TRIBUTARIA

Situación en Ganancias:	N° de CUIT:
Tipo de IVA:	
Situación en Rentas:	N° DGR:

RESPALDO DE SOCIOS

Declaro expresamente conocer y someterme a las disposiciones del estatuto y reglamentación del colegio de medicos de santiago del estero

Lugar y Fecha de Solicitud

Firma de Solicitante