



Córdoba, ____ de _____ de _____

Planilla de Registro Asociado Activo

Datos personales (sin abreviaturas)

Apellido/s _____

Nombres/s _____

DNI _____

Fec. Nac. _____

Domicilio:

Calle _____ Nro. _____ Piso _____ Depto _____

Barrio _____ CP _____

Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Celular _____

Correo _____

**** Debe tener una cuenta de correo electrónico activa en el cual serán válidas todas las comunicaciones ****

Datos profesionales (sin abreviaturas)

Matricula _____

Especialidades:

_____ Nro de certificado: _____

_____ Nro de certificado: _____

_____ Nro de certificado: _____

ANSAL

Nro de registro _____

fecha de vencimiento _____



ASOCIACIÓN DE MÉDICOS PATÓLOGOS Y CITOPATÓLOGOS
DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Condición ante AFIP _____

Nro de CUIT _____

Domicilio:

Calle _____ Nro. _____ Piso _____ Depto _____

Barrio _____ CP _____

Localidad _____ Provincia _____

Teléfonos _____

Cuenta Banco

Banco _____

Caja de ahorro Nro _____

Suc. Nro. _____ Nombre de la Sucursal _____

(sino posee una cuenta podrá seleccionar el Banco Córdoba, y nuestra Entidad realizará los trámites de apertura)

Hago constar que mis datos son verdaderos y me comprometo a mantenerlos actualizados

Firma y sello profesional