

**ASOCIACIÓN DE MÉDICOS PATÓLOGOS Y CITOPATÓLOGOS
DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA**

Córdoba ____ de ____ de ____

Datos personales (sin abreviaturas)

Apellido/s _____

Nombres _____

DNI _____

Fec. Nac. _____

Domicilio:

Calle _____ Nro. _____ Piso _____ Depto _____

Barrio _____ CP _____

Localidad _____ Provincia _____

Teléfonos _____ Celular _____

Mail _____

Datos profesionales (sin abreviaturas)

Matricula _____

Especialidades:

_____ Nro de certificado: _____

_____ Nro de certificado: _____

_____ Nro de certificado: _____

ANSAL

Nro de registro _____

fecha de vencimiento _____

Relacion ante el AFIP _____

Nro de CUIT _____

Domicilio:

Calle _____ Nro. _____ Piso _____ Depto _____

Barrio _____ CP _____

Localidad _____ Provincia _____

Teléfonos _____

CUENTA BANCO CORDOBA

Cuenta Corriente Nro _____

Suc. Nro. _____ Nombre de la Sucursal _____

(sino posee una cuenta seleccione una sucursal para la apertura)

Hago constar que mis datos son verdaderos

firma y sello profesional