

# SOLICITUD DE AFILIACIÓN



PLAN: .....

Salta, ..... de ..... de 20.....

## DATOS PERSONALES

APELLIDOS \_\_\_\_\_ NOMBRE/S \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ LOCALIDAD \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_ PAÍS \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL** (marcar con una x) SOLTERO  CASADO  DIVORCIADO  VIUDO

LE. / LC. / DNI. N°: .....

DOMICILIO PARTICULAR: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO PROFESIONAL: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

## DATOS DE INSCRIPCIÓN EN LA MATRÍCULA

N° DE LA MATRÍCULA

TÍTULOS: .....

**OBRAS SOCIALES:** Me encuentro adherido a las siguientes Obras Sociales: .....

## DATOS DEL GRUPO FAMILIAR

APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)	PARENTESCO	FECHA NAC.			DOCUMENTO N°

**EMERGENCIAS MÉDICAS** (marcar con una x) SI  NO

1.MEDISEM 2.SUMED 3.PARAMEDIC 4.MEDIGUARDIA

.....  
FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

## ADMINISTRACIÓN

**AFILIADO N°:** \_\_\_\_\_

Fecha de Afiliación: \_\_\_\_\_ Carencia de Servicios: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

V° B° ADMINISTRACIÓN: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DIRECTORIO