



**SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PIERNA Y PIE**  
Vte. Lopez 1878 te: 4805-3677

## **SOLICITUD PARA EL INGRESO COMO MIEMBRO TITULAR**

Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Señor Secretario General de la Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía de Pierna y Pie:**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. y por su intermedio a la Comisión Directiva, con el fin de solicitarle mi incorporación en carácter de **Miembro Titular** a dicha Sociedad.

### **DATOS PERSONALES**

CUIL \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha egreso médico \_\_\_\_\_

Matrícula profesional Nacional N° \_\_\_\_\_ Provincial N° \_\_\_\_\_

Domicilio particular calle \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Partido \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Cod. Postal \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cel \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Instituciones donde desarrollo actividades profesionales (incluir dirección)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Con la presente, adjunto resumen de curriculum.

Dejo constancia que conozco y cumpliré con todo lo establecido en el reglamento de la Sociedad de Cirugía y Medicina de Pierna y Pie.

**Saluda a Ud. con la consideración más distinguida.**

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Presentado por :  
Miembro Titular:

\_\_\_\_\_  
Firma

① Dr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

② Dr \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE PIERNA Y PIE**  
Vte. Lopez 1878 te: 4805-3677

## **PAGO DE CUOTA SOCIETARIA POR DÉBITO AUTOMÁTICO**

Buenos Aires, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### **Señores:**

Por la presente autorizo a la SAMeCiPP a debitar de forma directa el pago correspondiente a las cuota anual de afiliación.

### **DATOS DE LA TARJETA VISA CRÉDITO**

Nombre que figura en la tarjeta: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

Nº de tarjeta: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración