



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

**SOLICITUD PARA EL INGRESO COMO MIEMBRO ADHERENTE**

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 Adherente** 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: \_\_\_\_\_

N° de tarjeta: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración