



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