



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: _____

Nº de tarjeta: _____

Fecha de vencimiento: _____

Firma

Aclaración