

## SOLICITUD DE INGRESO

Fecha: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_

Sr. / Sra. Presidente de la **Sociedad Argentina Diabetes A. C.:**

Me dirijo a Ud. a fin de solicitar el ingreso a la Sociedad Argentina Diabetes como  
MIEMBRO: **ADHERENTE** profesionales médicos | **ASOCIADO** equipo de salud  
(seleccionar el que corresponda).

### • Datos Personales

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Nº de Documento (DNI/LC/LE): \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_

Dpto.: \_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ TE: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

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

### • Consultorio Particular (solo si difiere del domicilio particular)

Calle: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ TE: \_\_\_\_\_

### • Actividad Pública

Institución: \_\_\_\_\_ Sector / Servicio \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

### • Datos Profesionales

Profesión: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Matricula: (Nac.|Prov.) Nº: \_\_\_\_\_ Fecha matriculación: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_

Por la presente presto consentimiento para el devengamiento anual de mi cuota societaria (consultar arancel en vigencia)  
La presente solicitud está sujeta a la aprobación de la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Diabetes. Deberá Anexar CV y Título correspondiente.

\_\_\_\_\_  
Firma