

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)

Siendo presentado por los Dres.:

1. _____ Firma: _____

2. _____ Firma: _____

• 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

Firma