



CÍRCULO MÉDICO  
MENDOZA

**REEMPADRONAMIENTO DE PRESTADORES**

Fecha: ...../ ...../.....

**DATOS PERSONALES**

Socio N° ..... Matrícula Prov. ....

Apellido Nombre.....

E mail .....

Página Web .....

Domicilio Particular .....

Cód Postal ..... Localidad .....

Teléfono .....

Registro Prestador .....

Especialidad .....

**INSCRIPCIÓN ATENCIÓN CÍRCULO MEDICO SALUD / RP**

CÍRCULO MÉDICO SALUD / RP SALUD

**CONSULTORIOS**

DOMICILIO .....

Teléfono Móvil ..... Teléfono Fijo .....

El presente compromiso da por aceptado lo siguiente:

- 1) El **NO COBRO** de plus a nuestros afiliados
- 2) Aceptación de los aranceles acordados con GAPRESA.

.....  
Firma

.....  
Aclaración