



CÍRCULO MÉDICO
MENDOZA

SECRETARIA GREMIAL

Apellido y Nombre:

Fecha Nacimiento: Lugar:

Nacionalidad: Estado Civil:

Título: Expedido por:

Fecha de Graduación (Día/ Mes/ Año)

L. E. Nº C.I. Nº D.N.I. Nº

Matrícula Provincial Nº Matrícula Nacional Nº

Situación IVA CUIT Nº

Ingresos Brutos Nº

Relación de dependencia con el estado (SI / NO)

Relación de dependencia con otras instituciones (SI / NO)

E-mail:

DOMICILIO PARTICULAR

Calle Nº Piso Dpto./Mbk

Barrio

Mzna Casa Local CP Tel.

DOMICILIO CONSULTORIOS

Calle Nº Piso Dpto./Mbk

Mzna Casa Barrio

Local CP Tel.

ESPECIALIDADES

Especialidad	Otorgada por	Fecha	Firma
.....
.....	Sello
.....	Socio Nº

SECRETARIA GENERAL

Mendoza,

Sra. Presidente del
CIRCULO MEDICO DE MENDOZA

PRESENTE

El que suscribe, en conocimiento de los estatutos del Círculo Médico de Mendoza y a cuyo cumplimiento se obliga, solicita su afiliación en calidad de SOCIO ACTIVO.

Al pié de la presente consigna los datos requeridos, como así también las firmas de dos socios de la institución quienes lo hacen en calidad de presentantes.

A - DATOS DE FILIACIÓN PERSONAL

Apellidos:.....
Nombres:.....E. Civil:.....
Fecha de Nacimiento:..... Lugar:..... Nacionalidad:.....
Domicilio:..... Teléfono:
Doc. Identidad D.N.I. - L.C. - L.E.: C.I. o Pasaporte Nº
Pasaporte expedido por:
E-mail:

B - DATOS PROFESIONALES

Título:
Expedido por:
Fecha:
Especialidad:
Expedido por:
Matrícula Provincial Nº: Otorgada por
Matrícula Nacional Nº: Otorgado por

C - ACTIVIDAD PROFESIONAL

1 - Hospital o Centro Asistencial al cual concurre:
Servicio:Desde:
2 - Mencione otros lugares a los que ha asistido como profesional:
.....

D - ACTIVIDADES GREMIALES

Ha pertenecido a otra Organización Gremial:
Cual:
Desde: Hasta:

E - SOCIO QUE LO PRESENTA

Apellido y Nombre:
Socio N°:
Apellido y Nombre:
Socio N°:
Declaramos conocer al Dr.:
Quien reúne condiciones éticas y de Honorabilidad:

.....
Firma

.....
Firma

Sin otro particular saludo a la Sra. Presidente con distinguida consideración.

.....
Firma

Informe Contaduría:

Informe de Secretaría General:

Comisión Directiva:

Acta: Fecha: N° de Socio:

Pase al Registro de Socios para su inscripción:

Mendoza de de 20.....

.....
Secretario de Actas

.....
Secretario General

SECRETARIA GENERAL

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA PRESTACIÓN DE SERVICIOS A OBRAS SOCIALES

Solicito ser inscripto en la Guía de Médicos para atención de Beneficiarios de Obras Sociales con las que el Círculo Médico tiene convenios, o los que adquieran en el futuro.

I - Datos Personales

Apellidos:

Nombres:

Especialidad: 1)

2)

Nº de Socio NºCUIT

II - Declaración

1º) Declaro conocer el Reglamento de Prestación de Servicios a Beneficiarios de Obras Sociales del Círculo Médico de Mendoza y respetar sus prescripciones.

2º) Así mismo me comprometo a comunicar cualquier modificación de los datos precedentemente declarados dentro de los diez (10) días de producidos y en caso de renunciar a la atención de Obras Sociales comunicarlo con treinta (30) días de anticipación a fin de ser excluido de la Guía Médica / Art. 11º Inc. b y 7º Inc. b del Reglamento de Prestación de Servicios a Beneficiarios de Obras Sociales.

3º) A los efectos de los Art. 12º y 22º del Reglamento de Prestación de Servicios a Beneficiarios de Obras Sociales del Círculo Médico de Mendoza, declaro no encontrarme en las situaciones previstas en los Incisos 1, 2 y 3 del mismo.

Mendoza, de de 20

.....
Firma y Sello del Profesional

III) Requisitos

- Fotocopia - Título
- Matrícula Provincial
- Certificado de Especialidad (Otorgado por el Consejo Deontológico de Mendoza)
- Registro de Prestador Nacional - SSSalud

Dos fotos tipo Carnet

Situación ante IVA e Ingresos Brutos

Ser presentado por dos socios de la Institución

Cuota Mes en curso: \$235 (hasta 5 años de recibido) / \$470 (desde 5 años de recibido en adelante)

DECLARACIÓN JURADA

..... En mi carácter de socio N°, del CÍRCULO MÉDICO DE MENDOZA, declaro bajo fe de juramento, que a la fecha no me encuentro incurso en las PROHIBICIONES DE INCOMPATIBILIDADES del artículo 12º del REGLAMENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS A BENEFICIARIOS DE OBRAS SOCIALES, conforme a la reforma producida por Resolución N° 50/58 de Comisión / Directiva de la Entidad, en cumplimiento del mandato expreso de la ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA del día 14-09-1989.

En el sentido antes expresado, y conforme lo dispone el ESTATUTO del CIRCULO MEDICO DE MENDOZA y el REGLAMENTO DE PRESTACIÓN / DE SERVICIOS A BENEFICIARIOS DE OBRAS SOCIALES, autorizo a esta Institución a percibir por mí, los honorarios profesionales que me correspondan, por las prestaciones que efectúe a beneficiarios de la totalidad de las Obras Sociales, tengan vinculación o no con este Circulo.

Asimismo autorizo al CIRCULO MEDICO DE MENDOZA, a impugnar y rechazar toda mención de mi nombre, como prestador médico a través o para cualquier Institución, cuando resultare de la misma, violación a lo dispuesto en el pre-mencionado artículo 12º de la Guía de Prestadores para Beneficiarios de Obras Sociales.

También me comprometo, para el caso de supuesto planteado en el párrafo anterior, a intimar bajo apercibimiento de las / acciones legales pertinentes a cualquier persona o Institución que publicitara u ofreciera mis prestaciones profesionales y/o pretendiera efectuar la gestión de cobro de mis honorarios sin mi autorización expresa.

.....
Fecha

.....
Aclaración

.....
Fecha

REINSCRIPCIÓN DE SOCIOS

Mendoza, de 20..

A la Señora Presidente
Círculo Médico de Mendoza
DRA. GRACIELA AVILA LEDEZMA

Presente

Por la presente solicito mi ***REINSCRIPCIÓN***, a la Institución en calidad de socio.

Atentamente.

Firma

Sello