

# Círculo Médico de Paraná

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ALTA:

BAJA:  MODIFICACIÓN:

Matrícula:

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio Profesional: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

C.U.I.T.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Carácter: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_

Teléfono Profesional: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_

Cuenta Número: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sucursal: \_\_\_\_\_

HABILITADA:

Especialidad (1): \_\_\_\_\_

Juicio: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_ Certificación D.G.R.: \_\_\_\_\_

Domicilio Particular: \_\_\_\_\_

Boleta D.G.R.: \_\_\_\_\_

Domicilio Boleta: \_\_\_\_\_

Teléfono Particular: \_\_\_\_\_

Fecha Egreso: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

No Socio: \_\_\_\_\_ Descuento por honorarios: \_\_\_\_\_

Menor a \$300,00: \_\_\_\_\_

Socio: \_\_\_\_\_

SUPER. INT. SEC. SALUD

OBS.:

FOMAPRA

Privada

FASPA. FEMER

FIRMA PROFESIONAL: \_\_\_\_\_

