

ADHESION

OSDE Filial del Paraná

Apellido y Nombres:.....

D.N.I. /L.C. /L.E. N°:.....

Lugar y Fecha de nacimiento:.....

Matrícula Profesional Provincia de E.R.:.....

Especialidad/es (Reconocida/s por la Secretaría de Salud de E.R.):

1) -----Fecha:.....

2) -----Fecha:.....

3) -----Fecha:.....

4) -----Fecha:.....

* En todos los casos adjuntar copia del certificado de especialidad.

- Certificado de Inscripción en la Superintendencia de Servicios de Salud. Si no lo tuviere, dirigirse al Círculo Médico de Paraná, Secretaria 3° Piso – 0343 4311389 – 4315365 Int. 45.

Domicilio particular.....

Localidad:.....C.P.:.....

Teléfono:.....Celular:.....

Domicilio profesional:.....

Localidad:.....C.P.:.....

Teléfono:.....

E mail:.....Fax.....

Cuit N°:.....

FIRMA y SELLO