



Federación Médica de Entre Ríos

9 de Julio Nro. 362 - (3100) - Paraná - Entre Ríos

Tel: (0343) 423-2521 // 431-5102 // 423-5062

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN LA GUÍA MÉDICA DE ENTRE RÍOS

Señor Presidente de

Presente.

Por la presente solicito se me inscriba en la GUÍA MÉDICA de ENTRE RÍOS, de acuerdo con las disposiciones del "Reglamento de la Guía Médica de Entre Ríos". Aprobado por la Asamblea Extraordinaria de la Federación Médica celebrada en la ciudad de Concordia el 06 de Septiembre de 1.998 (y sus modificatorias), que por este acto manifiesto conocer y aceptar en todos sus términos, en el entendimiento que la firma, presentación y aceptación de esta solicitud, significa que suscribo con la Entidad Médica Departamental que Ud. Preside y con la Federación Médica de Entre Ríos un "contrato de adhesión" sujeto a cláusulas y condiciones establecidas en la citada Guía Médica.

A tales efectos, suministro los siguientes datos:

Apellido y Nombre completos: _____

Nº de Documento de Identidad C.I. – L.C. – D.N.I.: _____

Lugar: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Egreso de Facultad: _____ Nº de Matrícula Provincial: _____

Especialidad en la que se registra: _____

Domicilio Particular: _____ Nº de Teléfono: _____

Domicilio Profesional: _____ Nº de Teléfono: _____

Localidad: _____ Entidad a la que pertenece: _____

Nº De CUIT: _____

Impuesto a las Profesiones Liberales: _____

FIRMA Y SELLO