

ASOCIACIÓN DE OBSTÉTRICAS MUNICIPALES

Corrientes 2294- piso 13- CABA

Inscripción Gremial N° 1879/13

Buenos Aires, ……de …… de………..

Al Presidente de la Asociación: Lic. Obst. Veiga María Angelica

Presente

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a la Sra. Presidente a fin de quiera tener a bien someter a consideración de la Comisión Directiva, mi solicitud de ingreso como asociado. Autorizo a que se me realice el descuento de afiliación del 1,2% a través de mi recibo de haberes (del cual adjunto fotocopia) computado al código 738 (CTA. AFIL.FED.Prof).

A continuación consigno mis datos personales:

Apellido y Nombre: ………………………………………………………………………………………………………………..…

Documento de identidad (CL, DNI, LC, LE)……………………………… CUIL/ CUIT…………………………….….

Fecha de Nacimiento: ………………. Estado Civil:……………….Nacionalidad:…………………………………...

Ficha Municipal……………………….. Matricula………………… teléfono/s…………………………………………..

Domicilio real…………………………………………………………………………………………. Cod. Post………………...

Categoría: Titular/suplente/residente Hospital………………..………………………………………………

E-mail:……………………………………………………………………………………………………………………………………….

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

Firma