



SOCIEDAD ARGENTINA DE DIABETES A.C.

SOLICITUD DE INGRESO

Fecha: ____/____/____

Sr. Presidente de la **Sociedad Argentina Diabetes A. C.:**

Me dirijo a Ud. a fin de solicitar el ingreso a la Sociedad Argentina Diabetes como MIEMBRO:

_____ (ADHERENTE = profesionales médicos / ASOCIADO = profesionales no médicos)

Siendo presentado por los Dres.:

1. _____ Firma: _____

2. _____ Firma: _____

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido: _____

Nombres: _____

Nº de Documento (DNI / LC / LE): _____ Nacionalidad: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Estado Civil: _____

DOMICILIO PARTICULAR

Calle: _____ Nº _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

País: _____ TE: _____ Fax: _____

Celular: _____ E-mail: _____

CONSULTORIO PARTICULAR (solo si difiere del domicilio particular)

Calle: _____ Nº _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

País: _____ TE: _____ Fax: _____

ACTIVIDAD PÚBLICA

Nombre de la Institución: _____

Sector / Servicio: _____ Cargo: _____

Teléfono: _____ Interno: _____ Fax: _____

DATOS PROFESIONALES

Profesión: _____ Especialidad: _____

Matricula: (Nacional / Provincial) Nº: _____ Fecha matriculación: ____/____/____

*Por la presente presto consentimiento para el **devengamiento anual** de mi cuota societaria (consultar arancel en vigencia)*

Firma