

Solicitud para Ingresar como Socio

(completar el formulario e imprimir en hoja oficio o legal)

Al señor Presidente de la **Asociación Civil Argentina de Cirugía Pediátrica**, El /

La que suscribe: _____

solicita ingresar a la A.C.A.C.I.P. como miembro: Adherente Adherente Extranjero

DATOS PERSONALES

Fecha Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____

Tipo y N° de Documento: DNI LC LE CI PS N° _____

Domicilio: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: - _____ País: _____

Tel. Celular: _____ Tel. Consultorio: _____

Tel. Particular: _____ E-mail: _____

DATOS PRO FESIONALES

Año de Graduación: _____ Facultad: _____

Médico M.N. N°: _____

Doctor en Medicina M.P. N°: _____

Hospital / Sanatorio donde se desempeña: _____

Tel. Hospital / Sanatorio: _____

Cargo Actual: Jefe de Servicio Becario

Jefe de Departamento Concurrente

Jefe de Residencia Residente - Hasta: _____

Médico de Planta

Orientación dentro de la Cirugía Pediátrica: _____

¿Posee Certificación del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos?: Sí No

Firma y Aclaración
Aval Socio Titular 1

Firma y Aclaración
Aval Socio Titular 2

Firma y Aclaración
Solicitante

Adjuntar:

- 1) Currículum Vitae
- 2) Fotocopia del Título de Médico AUTENTICADA
- 3) Fotos 4 x 4 color
- 4) El Adherente Extranjero, deberá acompañar dos referencias que avalen su desempeño profesional

Curriculum Vitae Resumido

(completar el formulario e imprimir en hoja oficio o legal)

Fecha de Egreso de Facultad de Medicina:

Universidad:

Concurrencia Residencia - Hospital:

Fecha ingreso: Fecha Egreso:

Especialidad:

Participación en Congresos:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

Trabajos Científicos Presentados en Congresos / Jornadas:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-

Trabajos Publicados:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-

Becas / premios:

- 1-
- 2-
- 3-

Título de especialista:

Sí No

Año:

Institución:

Firma y Aclaración
Solicitante

Cuota Societaria 2023

COMPROMISO DE PAGO

Dr./a.: Tel. Celular:

E-mail: Hospital:

Medio de Pago:

Efectivo - en la sede de ACACIP (Sánchez de Bustamante 305 - PB1, C.A.B.A.)

Mercado Pago - CVU 0000003100008874633289

Transferencia Bancaria - **Banco Galicia**
CC\$ Nº 15162-3 003-3
C.B.U: 0070-0030-2000-0015-1623-39
Alias: ACACIP
CUIT Nº: 30-65267196-5
Enviar comprobante a secretaria@acacip.org.ar

Tarjeta de Crédito: Visa Mastercard

Nº Fecha Vto.: Cód. Seguridad:

Categoría y Forma de Pago:

- Socios Titulares / Adherentes / Adherentes Extranjeros:

1 Pago de \$ 48.000 -

12 Pagos de \$ 4.000 - Únicamente para Pago con Tarjeta de Crédito, dicho importe se ajustará trimestralmente según inflación (IPC)

- Residentes / Becarios / Instrumentadoras / Enfermeros:

1 Pago de \$ 24.000 -

12 Pagos de \$ 2.000 - Únicamente para Pago con Tarjeta de Crédito, dicho importe se ajustará trimestralmente según inflación (IPC)

Firma y Aclaración
Solicitante