

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 PROFESIONALES

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 2024

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 \$ 120.000 - Hasta el 31.1.24 - luego consultar

12 Pagos de \$ 10.000 - Únicamente para Pago con Tarjeta de Crédito, dicho importe se ajustará según inflación (IPC) – Consultar valor actualizado al momento de la asociación.

- Residentes / Becarios / Instrumentadoras / Enfermeros:

1 Pago de \$ 60.000 - Hasta el 31.1.24 - luego consultar

12 Pagos de \$ 5.000 - Únicamente para Pago con Tarjeta de Crédito, dicho importe se ajustará según inflación (IPC) – Consultar valor actualizado al momento de la asociación.

Firma y Aclaración
Solicitante