



# Asociación de Médicos de la Actividad Privada

- Personería Gremial N° 1721 -

Santiago del Estero 354/60 - CABA - (C1075AAH) - Tel.: 4381-4737  
e-mail: [info@asociacionamap.org.ar](mailto:info@asociacionamap.org.ar) - Web.: [www.asociacionamap.org.ar](http://www.asociacionamap.org.ar)

C.A.B.A.....de.....de 20.....

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN

A la Comisión Directiva:

Por la presente solicito mi incorporación como afiliado a la Asociación que Uds. presiden y presto conformidad por el descuento por planilla de la cuota sindical.

Detallo mis datos personales a continuación:

Apellido y Nombre:.....

Documento.....  
(Tipo y Numero)

Matricula:.....  
(Tipo y Numero)

Domicilio.....

Tel :..... Movil:.....  
(Particular)

E-mail.....

Nacionalidad:.....

Fecha de Nacimiento:.....

N° de C.U.I.L.:.....

Lugar de Trabajo (1):.....

Domicilio Laboral (1):.....

Lugar de Trabajo(2):.....

Domicilio Laboral (2):.....

Lugar de Trabajo(3):.....

Domicilio Laboral(3):.....

En caso de ser monotributista completar formulario al dorso.

Firma