



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 - Web.: 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