



SOLICITUD DE INGRESO

La Plata, de de

Sr/a. Presidente de la Sociedad Médica de La Plata

Dr/Drasolicito a usted ser miembro de la Institución.

.....
Firma Socio

.....
Aclaración

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre (completo):.....

Domicilio Particular:..... Tel:

Domicilio Profesional: Tel:

Matricula:..... D.N.I:..... Fecha Nac:...../...../.....

E-mail:.....

.....
Firma del Propuesto

MÉTODOS DE PAGO

Datos de la Tarjeta

☐ Tarjeta de Crédito

Nombre y apellido

☐ Tarjeta de Débito

N° de tarjeta

Fecha de vencimiento:/...../.....

SOLICITUD DE INGRESO A SECCIÓN

- ☐ ALERGIA
- ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA
- ☐ ANESTESIOLOGIA
- ☐ BIOLOGIA Y MED. NUCLEAR
- ☐ CALIDAD EN SALUD
- ☐ CANCEROLOGIA
- ☐ CARDIOLOGIA
- ☐ CIRUGIA
- ☐ CIRUGÍA PLASTICA
- ☐ DERMATOLOGÍA
- ☐ DIAG. Y TERAP. POR IMAGENES
- ☐ NUTRICION
- ☐ EMERG. Y MED. DE URGENCIAS
- ☐ ENDOCRINOLOGÍA

- ☐ FLEBOLOGIA-LINFOLOGIA
- ☐ G.E.P.L.A. (Grupo Endoscópico)
- ☐ GASTROENTEROLOGIA
- ☐ GERIATRIA y GERONTOLOGIA
- ☐ HEMATOLOGIA
- ☐ HIPERTENSIÓN Y EMBARAZO
- ☐ INFECTOLOGIA
- ☐ INFORMÁTICA MÉDICA
- ☐ INST. BONAERENSE DE MED. PEDIÁTRICA
- ☐ MASTOLOGÍA
- ☐ MEDICINA DEL DEPORTE
- ☐ MEDICINA DEL TRABAJO
- ☐ Descuento Tarjeta VISA
- ☐ Descuento Tarjeta VISA ELECTRON

- ☐ MED. FAMILIAR, GRAL.Y COMUNITARIA
- ☐ MEDICINA INTERNA
- ☐ MEDICINA LEGAL
- ☐ MEDICINA OCUPACIONAL
- ☐ NEUMONOLOGIA
- ☐ NEUROCIRUGIA
- ☐ NEUROLOGÍA
- ☐ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
- ☐ OFTALMOLOGIA
- ☐ PSIQUIATRIA
- ☐ RADIOLOGÍA Y MED. POR IMÁG
- ☐ REHABILITACION
- ☐ REUMATOLOGIA
- ☐ TERAPIA INTENSIVA