

Salta, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Sr:

Presidente del  
CIRCULO DE ODONTÓLOGOS DE SALTA  
Juan M. Leguizamón Nº 1687  
SALTA – CAPITAL

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., y por su intermedio a la H. Comisión Directiva a efecto de solicitarle quiera tener a bien autorizar mi ingreso en v/ entidad como socio ACTIVO, en un todo de acuerdo con los principios y objetivos que establece el Estatuto Social del CIRCULO.

Asimismo manifiesto en forma expresa mi voluntad de que el CIRCULO DE ODONTOLÓGOS DE SALTA perciba mis honorarios profesionales y realice las retenciones que como socio correspondan y me represente en la celebración de contratos.

Por último tomo conocimiento que mi ingreso como prestador al Instituto Provincial de Salud de Salta, se producirá en los meses de Marzo y/o Setiembre, o cuando lo disponga esa Obra Social.

A los fines estimen corresponden, informo a continuación datos personales y los atinentes a mi profesión de Odontólogo.

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio consultorio: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Tipo Doc. Identidad: \_\_\_\_\_

Nº Doc. Identidad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Matrícula Nº : \_\_\_\_\_

CUIT: \_\_\_\_\_ Posición frente al IVA: \_\_\_\_\_

Act. Económicas Nº: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Teléfono Consultorio: \_\_\_\_\_ Horario de Atención: \_\_\_\_\_

Teléfono Particular: \_\_\_\_\_ Domicilio particular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular y compañía: \_\_\_\_\_

Seguro de P. Medica: \_\_\_\_\_

Por la atención dispensada, saludo a Ud. muy atentamente.