



Formulario de inscripción social

Fecha: ___/___/___

Marque con una cruz: Afiliación _____ Reafiliación _____
Socio Nº: _____

DATOS PERSONALES

Apellidos: _____ Nombres: _____

Cédula de identidad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Recibido en el año: _____ Institución: _____

Domicilio: _____ Esquina: _____

Localidad o Barrio: _____ Departamento: _____

E-mail: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Domicilio para envío de correspondencia:

Marque ídem con una cruz si es el mismo que el anterior.

Ídem _____

Domicilio: _____ Esquina: _____

Localidad o Barrio: _____ Departamento: _____

Dirección de consultorio: _____

Teléfono: _____

FORMA DE PAGO

Marque con una cruz la opción elegida.

1) Abitab _____ 2) OCA _____ 3) VISA _____ 4) MASTERCARD _____ 5) Débito BROU(*) _____

Titular de la tarjeta (**): _____

Número de la tarjeta: _____ Vencimiento: ___/___

(*) Pedir formulario

(**) De ser una extensión que indique nombre y C.I del titular.

Motivo de la afiliación: _____

Observaciones: _____

Pago de la afiliación según recibo Nº: _____