

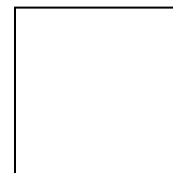


SISTEMA DE PREVISIÓN SOCIAL MÉDICO-BIOQUÍMICO

Córdoba 439 – Tel: (0343) 4230524 – 4219956

3100 Paraná – Entre Ríos

www.previsionsocial.com.ar



FICHA DE AFILIACIÓN

Apellido y Nombres: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____

L.E./L.C./D.N.I. N°: _____ C.U.I.T. N°: _____

TÍTULO: _____ Fecha: _____

Facultad (o Escuela) _____

Universidad (o Consejo) _____

Otro Título: _____

Ejerce en: _____ Cargo: _____

DOMICILIOS:

Particular: _____ Ciudad: _____ C.P.: _____ E.R. _____

Profesional: _____ Ciudad: _____ C.P.: _____ E.R. _____

Teléfono: _____

Observaciones: _____

Indicar con una X el domicilio donde remitir la correspondencia.

FIRMA REGISTRADA

Matr. N°: _____

Fecha Matr. _____

GRUPO FAMILIAR

RELACIÓN	APELLIDO Y NOMBRE	TIPO			NÚMERO	Fecha Nac.				
		LC/LE	D.N.I	C.I		SEXO	D	M	A	
		LC/LE	D.N.I	C.I		F	M			
		LC/LE	D.N.I	C.I		F	M			
		LC/LE	D.N.I	C.I		F	M			
		LC/LE	D.N.I	C.I		F	M			
		LC/LE	D.N.I	C.I		F	M			
		LC/LE	D.N.I	C.I		F	M			
		LC/LE	D.N.I	C.I		F	M			

Firmar con bolígrafo o tinta. Esta Ficha debe ser enviada a la mayor brevedad a la Institución