



## SISTEMA DE PREVISIÓN SOCIAL MÉDICO-BIOQUÍMICO

Córdoba 439 - Tel: (0343) 4230524 - 4219956

3100 Paraná - Entre Ríos

www.previsionsocial.com.ar

### FICHA DE AFILIACIÓN

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ D.N.I. N°: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

**DOMICILIOS:** **Indicar con una X el domicilio donde remitir la correspondencia.**

Particular: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Profesional: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

TÍTULO: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Facultad/Universidad: \_\_\_\_\_

MATRICULA N° \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### DATOS DE OTROS FAMILIARES

APELLIDO	NOMBRE	DNI N°	F. DE NACIMIENTO	PARENTESCO

### FIRMA REGISTRADA