

ASOCIACION DE OFTALMÓLOGOS DE RÍO NEGRO

FICHA DE INSCRIPCIÓN

APELLIDO

NOMBRE

Titulo de Médico En fecha

Expedido por Universidad

Titulo de Médico Oftalmólogo En fecha

Expedido por

Servicio donde realizó la especialización

.....

Residencia.....

Nro. Matricula Provincia Río Negro

Otras Matriculas

Lugar y fecha de nacimiento

Tipo y número de documento

Número de CUIT

CBU

nombre del titular de la cuenta

Numero inscripción Ingresos Brutos (DGR)

Tipo de Inscripcion en AFIP : Monotributo Inscripto

Dirección consultorio

Teléfonos

Dirección particular

Teléfono Celular.....

E-mail

Firma

Nombre y firma de dos socios que lo presentan