

SOLICITUD DE SOCIO

_____ de _____ de 20____

Señor Presidente de la

Asociación de Kinesiólogos de Entre Ríos

Lic. Jorge Pablo SICCARDI

QUIEN SUSCRIBE SOLICITA INGRESAR COMO SOCIA/O DE ESA ENTIDAD.

APELLIDO Y NOMBRES: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ D.N.I. Nº _____

ESTADO CIVIL: _____ TITULO: _____ UNIVERSIDAD: _____

FECHA DE EGRESO: _____ MATRICULA: _____ FECHA DEMATRICULA: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____ TELEFONO: _____

CELULAR: _____

DOMICILIO PROFESIONAL: _____ TELEFONO: _____

DOMICILIO DE CORRESPONDENCIA: _____

E-MAIL: _____

LOCALIDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____

C.U.I.T. Nº: _____ PROFESIONES LIBERALES Nº: _____

SITUACION FENTRE AL I.V.A.: _____ INSCRIPTO EN IMP. GANANCIAS: SI NO

CAJA APOORTE JUBILACION Nº: _____

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD – REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES Nº: _____

Nº DE POLIZA DEL SEGURO DE MALA PRAXIS: _____ (adjuntar copia)

Detalles de los Cargos: (que desempeña en obras sociales, mutuales, empresas u organismos del Estado, privados o mixtos, con indicación en cada caso de función, fecha de nombramiento y forma de designación (concurso, contrato, etc), lugar y modalidad de trabajo y forma de remuneración):
.....
.....

ARTICULO13 del Reglamento de la Guía de Profesionales de la Kinesiología de la Provincia de Entre Ríos – Los kinesiólogos socios de la AKER no podrán directa ni indirectamente celebrar ni adherir por cuenta propia, cualquiera fuere el sistema de que se tratare (prepagos, por cápita, por cartera fija, globalizado, por módulo o prestación) convenio de prestación de servicio kinésico alguno con entidad prestataria o intermediaria de salud, tenga esta o no contrato con la AKER. En el supuesto de producirse tal situación, la Comisión Directiva de la AKER elevará de inmediato el caso con sus antecedentes al Tribunal de Honor, para su tratamiento. Aspiro asociarme, asumiendo el compromiso de cumplir con las normas que dirigen el ejercicio de la profesión en nuestra provincia, con especial referencia al artículo que precede; y declarando a la vez conocer, aceptar y respetar los Estatutos y disposiciones internas que rigen el funcionamiento de la Entidad..

Sin otro motivo saluda a usted atentamente.

Firma del Profesional solicitante

Requisito indispensable: firma certificada mediante escribano o juez de paz.

REUNION DE COMISION DIRECTIVA DE FECHA: / /

SECRETARIO AKER

PRESIDENTE AKER