

## 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)

Declaro bajo juramento que no integro ninguna otra Institución intermedia con similares características, propósitos y/o fines de la AKER.-

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 tratara (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