



# AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

## Secretaría Administrativa

Calle 6 N° 1137 - LA PLATA - 1900 - LINEAS ROTATIVAS 425-5208 / 4255213

La Plata, ...../...../.....

### Solicitud de Cambio de Categoría

Por la presente solicito mi inscripción dentro de la categoría indicada

INSCRIPCIÓN SOLICITADA

|  |                     |
|--|---------------------|
|  | Diferenciado Básico |
|  | Diferenciado B      |
|  | Diferenciado C      |
|  | Libre               |

Apellido y Nombre:.....

Matricula Provincial:.....

Año de Ingreso a AMP:.....

Fecha de Expedición de Título Médico:.....

Cantidad de años en la categoría anterior:.....

Título de Especialista en:.....

Fecha:...../...../..... Jerarquizado:...../...../..... Consultor:...../...../.....:

Por la presente tomo conocimiento que solo podré recibir y facturar en esta Agrupación Bonos - Ordenes hasta el ...../...../....., dado que he realizado el CAMBIO DE ARANCEL.

a partir de ...../...../.....

A partir del ...../...../....., se podrán recibir y facturar bonos o prácticas de otra obra social.

.....  
Firma

Para uso interno de la  
AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Resolución: .....

Firma: .....

Aprobado por:.....

Aclaración:.....