



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 de Expedición de Título Especialista:...../...../.....

-Fecha de Expedición de Jerarquizado:...../...../.....

-Fecha de Consultor:...../...../.....

.....
Firma

** OBSERVACIONES

En los casos en que el pase de categoría sea a Libre, se les recuerda que el valor de la cuota social se duplicará

Para uso interno de la
AGREMIACIÓN MÉDICA PLATENSE

Resolución:

Firma:

Aprobado por:.....

Aclaración:.....