



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

Solicitud de cambio de Categoría

Por la presente solicito mi inscripción dentro de la categoría indicada y, a tal fin, con carácter de Declaración Jurada consigno los siguientes datos:

Inscripción solicitada

	Diferenciado Básico
	Diferenciado B
	Diferenciado C

Apellido y Nombre:.....

Matrícula provincial:.....

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

Título de especialista en:.....

Fecha:...../...../.....

Jerarquizado:...../...../.....

Consultor:...../...../.....

Por la presente tomo conocimiento que solo podre recibir y facturar en esta Agrupación bonos-ordenes de la obra social IOMA 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 Agrupación Médica Platense

Resolución:

.....

pasa a arancel:..... a partir del:/...../.....