



## AGREMIACION MÉDICA PLATENSE

### REEMPADRONAMIENTO GENERAL DE PROFESIONALES AGREMIADOS

#### DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO:	MP:
ESTADO CIVIL:	DIRECCION:
LOCALIDAD:	TELEFONO PARTICULAR:
TELEFONO CELULAR:	DIRECCION DE EMAIL:

#### ESPECIALIDADES

ACTIVIDAD PRINCIPAL	ESPECIALIDAD
ACTIVIDAD SECUNDARIA	TITULO ESPECIALISTA
	ENTIDAD

#### ESTABLECIMIENTOS LABORALES

DOMICILIO	LOCALIDAD
DIAS DE AT.	HORARIO
DOMICILIO	LOCALIDAD
DIAS DE AT.	HORARIO

#### APARATOLOGIA

APARATO	DETALLE
MARCA	MODELO
FECHA FABRICACION	Nº DE SERIE

#### EQUIPO DE TRABAJO

Nº DE EQUIPO	INTEGRANTES
--------------	-------------

\_\_\_\_\_  
Firma y sello profesional

\_\_\_\_\_  
Recibi conforme A.M.P