



SOLICITUD DE INSCRIPCION COMO SOCIO DE LA MUTUAL DE LA ASOCIACION MEDICA DE AVELLANEDA

Avellaneda, de.....de.....

El que suscribe, y con los datos personales que se detallan seguidamente, solicita por el presente, la afiliación como socio de LA MUTUAL DE LA ASOCIACION MEDICA DE AVELLANEDA, en la categoría de Socio.....(conforme art.7° del Estatuto Social)

Apellidos y Nombres.....	Matrícula Provincial.....
Nacionalidad.....	Fecha de Nacimiento...../...../.....
Estado Civil.....	
Tipo y N° de documento.....	N° CUIT.....
Domicilio Particular.....	Localidad.....CP.....
Tel. (.....)	E-mail:.....

Asimismo tomo conocimiento que el importe de la cuota social, actual a abonar es de \$ 20.- mensuales, o el importe que en lo sucesivo determine LA MUTUAL, renunciando a cualquier acción de recupero de las cuotas sociales abonadas. Declaro conocer las obligaciones establecidas en el Estatuto Social, en especial las siguientes:

ARTICULO 8°: “Son obligaciones de los asociados: a) pagar las cuotas de ingreso, las cuotas sociales y arancelarias y las demás obligaciones económicas; b) cumplir y respetar las disposiciones del presente estatuto, los reglamentos que se dicten, las resoluciones de las asambleas y las disposiciones del consejo directivo; c) comunicar todo cambio de domicilio dentro de los treinta días de producido; d) responder por los daños que ocasionare a la Asociación”.

ARTICULO 10°: En la parte pertinente dice: “Los asociados perderán su carácter de tales por renuncia, exclusión o expulsión. Son causas de exclusión: a) incumplimiento de las obligaciones impuestas por los estatutos o reglamentos; b) adeudar tres mensualidades...”

En prueba de entera conformidad, firmo al pie.

Firma

Aclaración