



SOLICITUD DE AFILIACION Nº
(Uso interno)

Av. De Mayo 570 4º piso
Info@sindicatosumar.org.ar

NOMBRE:

FECHA Y LUGAR:

APELLIDO:

DOMIC. PART.:

TEL. PARTICULAR:

CIUDAD:

E-MAIL:

PROVINCIA:

FAX:

COD. POSTAL:

FECHA NAC.:

D.N.I.:

MATRICULA PROV.:

CUIL:

ESPECIALIDAD 1:

CUIT PRES:

ESPECIALIDAD 2:

UNIVERSIDAD:

ESTADO CIVIL:

MATRICULA NAC.:

EDAD:

RELACION DE TRABAJO

PRIVADO

MUNICIPAL

PROVINCIAL

NACIONAL

DOMICLIO DE TRABAJO:

CIUDAD DE TRABAJO:

CP TRABAJO:

CUIT EMPLEADOR:

NIVEL:

INSTITUCION DONDE TRABAJA:

Por el presente ratifico mi expresa voluntad de afiliarme al Sindicato Único de Médicos Argentinos SUMAR.

FIRMA Y ACLARACION DEL SOLICITANTE _____