



Colegio de Médicos

DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

PRIMERA CIRCUNSCRIPCIÓN

9 DE JULIO 2464 - 3000 - SANTA FE

TE.: 0342-4520182-4520176 (INT 209)

betiana@cmsf.org.ar ó contaduria@cmsf.org.ar

DECLARACION JURADA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Datos personales profesional médico:

NOMBRE Y APELLIDO: _____

D.N.I. N°: _____

MATRICULA N°: _____

DOMICILIO: _____

TELEFONOS: _____

E-MAIL: _____

ESPECIALIDAD EJERCIDA: _____

OBSERVACIONES _____

Por la presente, deajo constancia que, según Resolución de Mesa Directiva de fecha 15/09/2016, bajo el ACTA N° 2728, ejerzo la opción de que se me categorice como

RIESGO MEDIO / ALTO RIESGO / PLAN PREMIUN (Marcar lo que corresponda),

a los fines de la adecuada cobertura en el S.A.P. RC (seguro praxis médica).

Firmo la presente con carácter de Declaración Jurada.

Firma: _____

Aclaración: _____

N° matricula: _____

Fecha: _____

APROBADO POR MESA DIRECTIVA

ACTA:

FECHA: