

SOLICITUD DE INGRESO SOCIO



Lugar y Fecha:.....

Señor Presidente:

En representación de la Empresa cuyos datos transcribo al pie, me es grato solicitarle la admisión de la misma como Socio Activo, Categoría, declarando conocer y aceptar el Estatuto Social de CA.DI.ME y sus Reglamentos Vigentes, obligándome al pago de la cuota social mientras este vigente mi asociación.

.....
Firma

.....
Aclaración y Cargo

Nombre de la Entidad:.....

Tipo de Institución: S.A S.R.L DE HECHO

Otras (Especificar).....

CUIT:.....

Dirección:.....C.P.N..... Localidad:.....

Provincia:Tel.:Fax:.....

E-mail:..... Sitio web

Código de Especialidades principales que atiende:
(ver cuadro reverso)

Otras Especialidades:.....

REPRESENTANTE TITULAR

Apellido:.....

Nombre:

D.N.I:

Celular:

E-mail:

REPRESENTANTE SUPLENTE

Apellido:.....

Nombre:

D.N.I:

Celular:

E-mail:

Declaro que a la fecha esta empresa tiene trabajadores en relación de dependencia

ESPECIALIDADES

- | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| 01- Laboratorio | 21- Urología | 41- Endoscopia |
| 02- Laboratorio Especializado | 22- Nefrología | 42- Electrocardiograma |
| 03- Rayos X | 23- Otorrinolaringología | 43- Hematología |
| 04- Ecografía | 24- Flebología | 44- Geriatria Rehab. |
| 05- Tomografía Computada | 25- Dermatología | 45- Foniatria-Audiología |
| 06- Terapia Radiante | 26- Estética | 46- Kinesiología |
| 07- Medicina Nuclear | 27- Nutrición | 47- Fisiatria |
| 08- Oftalmología | 28- Odontología | 48- Traslado de Pacientes |
| 09- Anatomía Patológica | 29- Banco de Sangre | 49- Diagnóstico por Imágenes |
| 10- Cardiología | 30- Hemodinamia | 50- Hemofilia |
| 11- Neumonología | 31- Psicoanalistas | 51- Andrología |
| 12- Resonancia Magnética | 32- Reumatología | 52- Consultorios Externos |
| 13- Traumatología-Ortopedia | 33- Atención Médica a Domicilio | 53- Potenciales evocados |
| 14- Ginecología-Obstetricia | 34- Pediatría | 54- Densitometría Osea |
| 15- Gastroenterología | 35- Cirugía | 55- Infectología |
| 16- Neurología | 36- Genética Médica | 56- Epilepsia |
| 17- Medicina Laboral | 37- Oncología | 57- Esclerosis Múltiple |
| 18- Emergencias | 38- Endocrinología | 58- Homeopatía |
| 19- Clínica Médica | 39- Mamografía | 59- Rehabilitación |
| 20- Alergia | 40- Hemodiálisis | 60- Enfermería |
| | | 61- Podología |
| | | 62- Vacunatorio |

CATEGORÍAS

Socio categoría "A": Son aquellos que reciben 71 pacientes o más, diarios en promedio

Socio categoría "B": Son aquellos que reciben entre 41 a 70 pacientes diarios en promedio

Socio categoría "C": Son aquellos que reciben entre 21 y 40 pacientes diarios en promedio

Socio categoría "D": Son aquellos que reciben hasta 20 pacientes diarios en promedio

RECORDAR REMITIR CON ESTA SOLICITUD COPIA DE ESTATUTO SOCIAL SI CORRESPONDE, CUIT DE LA ENTIDAD, FORMULARIO 931 (AFIP) Y ACTA DE ORGANO COMPETENTE DESIGNANDO REPRESENTANTES ANTE CA.DI.ME

Una vez completa la presente Solicitud deberá ser enviada por E-mail a cadime@cadime.com.ar y este original por correo postal a nuestras oficinas, a fin de iniciar los trámites de afiliación.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326.