

****

*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*

*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 | REPRESENTANTE SUPLENTE |
| *Apellido*:………………………………………………. | *Apellido*:………………………………………………. |
| *Nombre*: ………………………………………………. | *Nombre:* ………………………………………………. |
| *D.N.I*: …….…………………………………………….. | *D.N.I:* …….…………………………………………….. |
| *Celular*: ………………………………………………… | *Celular*: ………………………………………………… |
| *E-mail:* …….………….……………………………….. | *E-mail*: …….………….……………………………….. |

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



***ESPECIALIDADES***



1. Laboratorio
2. Laboratorio Especializado
3. Rayos X
4. Ecografía
5. Tomografía Computada
6. Terapia Radiante
7. Medicina Nuclear
8. Oftalmología
9. Anatomía Patológica
10. Cardiología
11. Neumonología
12. Resonancia Magnética
13. Traumatología-Ortopedia
14. Ginecología-Obstetricia
15. Gastroenterología
16. Neurología
17. Medicina Laboral

18- Emergencias

19- Clínica Médica

20- Alergia

**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**

