

INGRESO SOCIO

San Miguel de Tucumán, / /

**SR. PRESIDENTE DEL
COLEGIO MÉDICO DE TUCUMÁN
PRESENTE**

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., y por su digno intermedio a la Honorable Comisión Directiva del Colegio Médico de Tucumán, con el objeto de solicitar mi **INGRESO COMO SOCIO ACTIVO** de esa Institución, comprometiéndome a respetar plenamente los Estatutos Sociales de la misma.

Saludo a Ud., muy atentamente.

.....
Firma y Sello

Nombre y Apellido		
Matrícula Profesional N°		
DNI N°	Fecha de Nacim.	País de Nacim.
Domicilio particular		
CP	Localidad	
Teléfono Celular		Teléfono Particular
Domicilio Profesional		
CP	Localidad	
Teléfono Profesional		E-mail
Universidad de egreso		Fecha de Egreso Univ.
Especialidad/es en la/s que desea inscribirse en Guía Médica (Debe adjuntar Certificados)		
Solicita autorizar Eco: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> (Debe adjuntar documentación)		

Docs. Adjuntos:

SI / NO	
	Título Profesional Médico (Copia Legalizada ambas caras) (*)
	Constancia de Matrícula Profesional con registro de Especialidades, emitido por el SIPROSA (Original)
	Aval de dos socios de Colegio Médico de Tucumán (Original)
	Copia ambas caras del D.N.I.
	Certificación/Recertificación Especialidad, otorgada por CCREM (legalizada ambas caras) (*)
	Constancia de Inscripción vigente en AFIP (Monotributo o Responsable Inscripto)
	Copia de Inscripción vigente en DGR (Formulario F900 o F 901)
	Dirección e-mail de Secretarías de todos los Consultorios
	Nota detalle de las prácticas a facturar, firmada y sellada (Original)
	Fotocopia Habilitaciones vigentes SIPROSA de los domicilios profesionales
	Constancias de los Directores Médicos de ejercer la profesión en los domicilios registrados (Original)
	Documentación equipos imagenológicos (Habilitaciones SIPROSA, características, dom. prácticas, etc.)
	Fotocopia de Inscripción vigente en el Registro Nacional de Prestadores
	Fotocopia Póliza vigente del Seguro de Praxis Médica
	Fotografía actual (color 4x4)

(*)
Solamente se admiten copias legalizadas por el Organismo emisor o por Escribano

Nota: Por disposición vigente a nivel Nacional se debe dar cumplimiento a la presentación del SEGURO DE MALA PRAXIS, por lo que **deberá adjuntar mensualmente con la facturación**, copia del recibo de pago del mes (en caso de realizar el pago por débito con tarjeta, constancia emitida por la Compañía de Seguros), **caso contrario se rechazará la facturación.**

**DECLARACIÓN Y REQUISITOS SOBRE CAMBIO DE EQUIPOS/DOMICILIOS/VENCIMIENTOS DE
HABILITACIONES PARA AUTORIZADOS A FACTURAR PRÁCTICAS IMAGENOLÓGICAS**

Declaro que una vez aprobada mi solicitud, facturaré únicamente las prácticas detalladas en la nota adjunta a mi solicitud de ingreso.

Me comprometo a que en tiempo y forma **actualizaré y presentaré en Colegio Médico** toda documentación con vencimiento pertinente a los equipos y/o domicilios profesionales informados a la fecha.

Así también, me comprometo a **informar y presentar toda documentación pertinente al cambio y/o aumento de equipos**, y a **solicitar la autorización de Colegio Médico para facturar otras prácticas diferentes a las informadas a la fecha**.

Recibo copia de la presente, la que firmo en conformidad.

San Miguel de Tucumán,/...../.....

.....
FIRMA Y SELLO/ACLARACIÓN

**OFTALMÓLOGOS O CARDIÓLOGOS QUE NO REALIZAN PRÁCTICAS IMAGENOLÓGICAS
DECLARACIÓN Y REQUISITOS EN CASO DE SOLICITAR FACTURARLAS**

Declaro que al a fecha no facturo prácticas imagenológicas y que previo a comenzar dichas prácticas, **solicitaré** a Colegio Médico de Tucumán, **autorización** para ello, presentando la siguiente documentación:

1. Nota solicitando autorización para facturar prácticas imagenológicas, adjuntando el listado de las misma.
2. Información específica de los equipos con que realizará dichas prácticas.
3. Habilitación del SIPROSA de los equipos con que realizará las prácticas. (En vigencia)
4. Habilitación del SIPROSA del domicilio donde realizará las prácticas (En vigencia)

Recibo copia de la presente, la que firmo en conformidad.

San Miguel de Tucumán,/...../.....

.....
FIRMA Y SELLO/ACLARACIÓN