



REGIONAL IV CAPITAL
DE KINESIOLOGOS Y FISIOTERAPEUTAS DE CORDOBA CAPITAL Y ZONAS DE INFLUENCIA
SOLICITUD INSCRIPCION DE SOCIOS

DATOS PERSONALES:			
NOMBRE Y APELLIDO:		DNI:	
EDAD:	FECHA NAC.:	ESTADO CIVIL:	HIJOS:
DOMICILIO:		N°:	BARRIO:
TELEFONO:	CEL.:	MAIL:	
M.P.:	FECHA DE MATRICULACION:		TIPO:
CAJA PREV. SOCIAL N°:	ANSSAL:	IVA:	CUIT N°:
DATOS LABORALES:			
CON RELACION DE DEPENDENCIA:			
INSTITUCION/EMPRESA:			
DIRECCION:		N°:	BARRIO:
LOCALIDAD:		TELEFONO:	
SIN RELACION DE DEPENDENCIA:			
CONSULTORIO:			
DIRECCION:		N°:	BARRIO:
TELEFONO:		CEL:	
PRACTICAS ESPECIALES: 1:		2:	
3:			
<p>En este mismo acto solicito ser admitido como socio de la Regional IV Córdoba Capital del Colegio Profesional de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de la Provincia de Córdoba. Declaro que los datos expresados son veraces y fidedignos comprometiéndome a informar cualquier modificación de los mismos.</p> <p>Me comprometo a abordar en tiempo y forma la cuota societaria correspondiente y autorizo a retener el importe correspondiente de mis facturaciones realizadas con Instituciones que posean convenios con el Colegio Profesional de Córdoba o con esta Regional, como así también a cumplir todas las obligaciones que surjan de la Ley Provincial 7528 sus normas modificatorias y complementarias, el Código de Ética y Disciplina, el Reglamento Interno y las disposiciones que en uso de sus atribuciones establezca la Junta Ejecutivo.-</p>			
Firma y Aclaración			
Observación de la Junta Ejecutiva:			
FECHA DE ALTA:		INTERVINO:	
<i>Copia para el Socio, Original para la institución</i>		<i>Colega verifique que se completan todos los datos</i>	
DATOS PERSONALES:			
NOMBRE Y APELLIDO:		DNI:	
M.P.:	FECHA DE MATRICULACIÓN:		TIPO:
CAJA PREV. SOCIAL N°:	ANSSAL:	IVA:	CUIT N°:



REGIONAL IV CAPITAL
DE KINESIOLOGOS Y FISIOTERAPEUTAS DE CORDOBA CAPITAL Y ZONAS DE INFLUENCIA
SOLICITUD INSCRIPCION DE SOCIOS

DATOS PERSONALES:			
NOMBRE Y APELLIDO:		DNI:	
EDAD:	FECHA NAC.:	ESTADO CIVIL:	HIJOS:
DOMICILIO:		N°:	BARRIO:
TELEFONO:	CEL.:	MAIL:	
M.P.:	FECHA DE MATRICULACION:		TIPO:
CAJA PREV. SOCIAL N°:	ANSSAL:	IVA:	CUIT N°:
DATOS LABORALES:			
CON RELACION DE DEPENDENCIA:			
INSTITUCION/EMPRESA:			
DIRECCION:		N°:	BARRIO:
LOCALIDAD:		TELEFONO:	
SIN RELACION DE DEPENDENCIA:			
CONSULTORIO:			
DIRECCION:		N°:	BARRIO:
TELEFONO:		CEL:	
PRACTICAS ESPECIALES: 1:		2:	
3:			
<p>En este mismo acto solicito ser admitido como socio de la Regional IV Córdoba Capital del Colegio Profesional de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de la Provincia de Córdoba. Declaro que los datos expresados son veraces y fidedignos comprometiéndome a informar cualquier modificación de los mismos.</p> <p>Me comprometo a abordar en tiempo y forma la cuota societaria correspondiente y autorizo a retener el importe correspondiente de mis facturaciones realizadas con Instituciones que posean convenios con el Colegio Profesional de Córdoba o con esta Regional, como así también a cumplir todas las obligaciones que surjan de la Ley Provincial 7528 sus normas modificatorias y complementarias, el Código de Ética y Disciplina, el Reglamento Interno y las disposiciones que en uso de sus atribuciones establezca la Junta Ejecutivo.-</p> <p style="text-align: right;">Firma y Aclaración</p>			
Observación de la Junta Ejecutiva:			
FECHA DE ALTA:		INTERVINO:	
<i>Copia para el Socio, Original para la institución</i>		<i>Colega verifique que se completan todos los datos</i>	
DATOS PERSONALES:			
NOMBRE Y APELLIDO:		DNI:	
M.P.:	FECHA DE MATRICULACIÓN:		TIPO:
CAJA PREV. SOCIAL N°:	ANSSAL:	IVA:	CUIT N°: