

FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA DE RÍO NEGRO**SOLICITUD DE INGRESO COMO ASOCIADO****DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido y Nombres:
Tipo y Nro. de Documento:
Domicilio consultorio y teléfono:
Dirección de correo electrónico:
Lugar y Fecha de nacimiento:
Nacionalidad:
Título profesional expedido por:
Fecha de otorgación del título profesional:
Matrícula Nacional (no es imprescindible): Matrícula Provincial:
Nro. de inscripción Registro Nacional de Prestadores (S. S. Salud):
Nro. C.U.I.T.: Condición ante el I.V.A.....
Nro. inscripción en el Impuesto a los Ingresos Brutos:
Datos Bancarios para acreditación de fondos: Entidad Bancaria:
Tipo y Nro. de Cuenta C.B.U.....
Fecha de ingreso:

Para aceptar el ingreso debe acompañarse la presente con siguiente documentación:

- ✓ **Copia simple del título profesional.**
- ✓ **Copia simple de la Matrícula Nacional (si la tiene, no es indispensable) y de la Matrícula Provincial.**
- ✓ **Copia simple del certificado de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores.**
- ✓ **Copia simple de la habilitación del consultorio y del equipo de rayos X.**
- ✓ **Copia simple del curso de radiofísica sanitaria.**
- ✓ **Copia simple de la inscripción como generador de residuos patógenos.**
- ✓ **Copia simple del comprobante de C.U.I.T. (o re-empadronamiento AFIP).**
- ✓ **Copia simple de la inscripción en Ingresos Brutos.**
- ✓ **Copia simple del D.N.I. (1ra. y 2da. hojas).**
- ✓ **Copia simple de la póliza del seguro de mala praxis (si no lo contrata a través de la FORN).**
- ✓ **Curriculum Vitae con certificados.**
- ✓ **Planilla de atención a Obras Sociales**

Firma del profesional

Aclaración

Completar y devolver a la Federación.

Por la presente solicito mi incorporación como asociado individual a la Federación Odontológica de Río Negro, manifestando mi adhesión a los Estatutos sociales de esa Entidad.

Asimismo, autorizo a la Federación odontológica a retener de mis liquidaciones los importes correspondientes a las obligaciones que detallo más abajo:

- **OBLIGATORIOS:**

- Cuota social F.O.R.N. - Mensual (equivalente a una obturación de GALENO).
- Gasto administrativo (5 % sobre total facturado).

- **OPTATIVOS (Indicar SI o NO):**

- Seguro de Responsabilidad Civil Sancor (Mala Praxis). SI - NO
- Cuota Social A.O.A. - Mensual (100 % del total del valor). SI - NO
- Cuota Social A.P.A. - SI - NO

Firma del profesional

Aclaración