**Solicito afiliarme al SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY, cuyo Estatuto y Código de Ética conozco y acepto.**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL SOLICITANTE** |
| **SOCIO N°** | **INGRESO** | **CI** |
| **NOMBRE y APELLIDOS** | **SEXO** |
| **FECHA DE NACIMIENTO** | **NACIONALIDAD** | **GRADUADO** | **REVÁLIDA** |
| **N° CAJA PROFESIONAL (CJP)** | **ESPECIALIDAD** | **FECHA POSGRADO** |
| **DOMICILIO** |
| **ENTRE** | **CP** |
| **LOCALIDAD** | **DEPARTAMENTO** |
| **CELULAR** | **TELÉFONO** |
| **CONSULTORIO** | **TELÉFONO** |
| **E MAIL** |
|  |
| **LUGARES DE TRABAJO**  |
| **1)** |
| **2)** |
| **3)** |
|  |
| **OPCIONES DE PAGO** |
| **RED PAGOS** |
| **TARJETA DE CRÉDITO** | **N°**  |

**RECIBIDO POR**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma del solicitante**