**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**