

Mendoza.....de..... del 20.....

EL/LA QUE SUSCRIBE.....DNI:
SOLICITA SU INGRESO COMO ASOCIADO DEL CIRCULO DE KINESIOLOGOS Y
FISIOTERAPEUTAS DE MENDOZA, **ADHIRIENDO Y ACEPTANDO LA TOTALIDAD DEL
CONTENIDO DEL ESTATUTO DE LA INSTITUCIÓN, EN ESPECIAL LAS OBLIGACIONES Y
LOS DERECHOS ESTATUTARIOS Y REGLAMENTARIOS QUE DECLARA CONOCER.**
ASIMISMO, DELEGA POR MEDIO DEL PRESENTE, EN EL CÍRCULO, SU REPRESENTACIÓN
ANTE LAS ENTIDADES CONTRATANTES Y AUTORIZA AL MISMO A PERCIBIR EN SU
NOMBRE LOS HONORARIOS QUE LE CORRESPONDIERA POR SU ACTUACIÓN
PROFESIONAL, AUTORIZANDO AL CÍRCULO PARA QUE, DE SUS ACREDITACIONES, LE
SEAN RETENIDAS LAS CUOTAS SOCIETARIAS Y OTROS CONCEPTOS SEGÚN
CORRESPONDA.

Sin perjuicio de lo establecido en el párrafo precedente y sin modificar y/o alterar lo
manifestado, se transcriben algunos artículos del Estatuto:

Art. 5°- Para ser socio se requiere: a) Poseer matrícula otorgada por el Colegio de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de la Provincia de Mendoza. b) Hallarse radicado en el territorio de la provincia de Mendoza. c) Haber solicitado su inscripción por nota ante la Comisión Directiva y abonar la cuota de ingreso que se determine. d) Aceptar los presentes estatutos. Art. 4°- Para el caso de reingreso al Círculo los solicitantes deberán abonar los derechos de inscripción determinados por Comisión Directiva.

Art. 14°- Son causa de suspensión: inc. f) Constituye falta grave la celebración por parte del asociado, ya sea en forma individual o colectiva (sociedades o asociaciones), de acuerdos con entidades (obras sociales y pre-pagas) con las cuales el Círculo tenga convenio.

Art. 11°- Sobre deberes y derechos de los socios activos: m) Presentar a la Comisión Directiva los pedidos, reclamaciones, RENUNCIA, licencias, etc., que a su juicio deba considerar la entidad. g) Comunicar por escrito a la secretaría general los cambios de domicilios y lugar de trabajo permanente y **cualquier otra información que revista interés en su relación con el Círculo.**

En consecuencia, la **renuncia** definitiva o temporal a su condición de socio deberá notificarse por escrito.

Declaro bajo juramento el detalle de cargos que desempeño y de las relaciones prestacionales vigentes con Obras Sociales, Mutuales, Estado Nacional o Provincial y sus dependencias, etc. indicando en cada caso función, fecha de nombramiento o contrato, forma de designación, lugar y modalidades de trabajo:

SE ADJUNTA EN FORMATO DIGITAL (Marque con tilde o cruz)



Circulo de
Kinesiólogos y
Fisioterapeutas
MENDOZA

Hoja2 de3

☐ Currículum Vitae

☐ Fotocopia de DNI (nuevo)

☐ Título Universitario (1 copia certificada)

☐ Título de posgrado (En caso de poseer)

☐ Matrícula Provincial

☐ Constancia Ingresos Brutos

☐ Constancia de CUIT (constancia impresa desde sitio Web de AFIP-DGI)

☐ Certificado de Inscripción en la Superintendencia de la Salud

☐ Póliza de Seguro de Mala Praxis vigente expedido por la compañía aseguradora

☐ Habilitación del consultorio (emitida por Ministerio de Salud y/o Municipalidad y/o Colegio Médico.

- Deberá Encontrarse inscripto en el Colegio Profesional de Kinesiólogos de Mendoza
- Cuota mensual de \$700, inscripción \$5.000 (valor sujeto a modificaciones o actualizaciones)

*Nota: Deberá depositar el monto de inscripción más la primera cuota mensual (\$5.000 + \$700) a la cuenta del círculo: Bco Francés **0170484020000000178088** CUIT: **30595269268***

****Reinscripción \$12.000***

A través de esta solicitud informo que he tomado conocimiento de los estatutos legales y reglamentación vigente de la Institución (de ser requeridos serán facilitados por la secretaría para su lectura) en especial en cuanto a derechos y obligaciones de los asociados, por lo que me considero NOTIFICADO/A al respecto.

A fines de ser incluido/a y/o actualizar la lista que este Círculo provee a las obras sociales con las que guarda convenio, expongo en la presente solicitud mis datos personales que revisten el carácter de Declaración Jurada y me comprometo a mantener mis datos personales actualizados.

Firma del Solicitante: Aclaración (sello):

DATOS PERSONALES

Nombres: Apellidos:.....

Fecha de nacimiento (D/MM/AAAA):/...../..... CUIT/CUIL:

Especialidad: Matrícula:Universidad.....

DATOS DE CONTACTO

Teléfono personal (fijo):Teléfono personal (celular):

Domicilio Privado.....

E-mail:

Domicilio de Consultorio.....

Teléfono de Consultorio:

