

SOLICITUD DE ASOCIACIÓN

Apellido y Nombre: Matias dominguez Tipo doc.: Pasaporte Documento: 39653713

Fecha de nacimiento: 21/06/1996 Sexo: M Nacionalidad: Argentina

Estado civil: Soltero/a Clave fiscal: sadas1231

Calle: Gaona Calle numero: 3887 Piso: Depto: Entre calles:

Tel. 1: 1164550476 Tel. 2: E-mail:

Localidad: ramos mejia C.P.: 1704 Provincia: Corrientes

Empresa: CUIT de la empresa: Puesto:

Lugar de trabajo: Localidad: C.P.: Provincia:

INFORMACIÓN MÉDICA

Tuvo presión alta: No Cuánto hace: Fuma: No Cuántos por día:

Diabetes: No Desde cuándo:

Tuvo alguna operación: No Cuáles:

Toma algún medicamento: No

Es alérgico a medicamentos: No Cuáles:

Observaciones:

El afiliado confirma expresamente su decisión de derivar sus aportes de obra social a MGN Salud, y declara haber sido informado/a sobre las prestaciones médicas disponibles.

FAMILIARES

Parentesco	Nombre	Edad	DNI	Fecha de Nac
Concubina/o	Concubino testing	12	12314111	05/06/2025
Hijo/a	gfdhasdasdas	12	12315151	19/06/2025

Nombre asesor: Esteban quito

Fecha: 24/06/2025 Firma solicitante:

