

## Solicitud para Ingresar como Socio

(completar el formulario e imprimir en hoja oficio o legal)

Al señor Presidente de la **Asociación Civil Argentina de Cirugía Pediátrica**, El /

La que suscribe:

solicita ingresar a la A.C.A.C.I.P. como miembro:  Adherente  Adherente Extranjero

### DATOS PERSONALES

Fecha Nacimiento: Nacionalidad: Estado Civil:

Tipo y N° de Documento: DNI  LC  LE  CI  PS  N°

Domicilio: C.P.:

Localidad: Provincia: - País:

Tel. Celular: Tel. Consultorio:

Tel. Particular: E-mail:

### DATOS PROFESIONALES

Año de Graduación: Facultad:

Médico  M.N. N°:

Doctor en Medicina  M.P. N°:

Hospital / Sanatorio donde se desempeña:

Tel. Hospital / Sanatorio:

**Cargo Actual:**  Jefe de Servicio  Becario

Jefe de Departamento  Concurrente

Jefe de Residencia  Residente - Hasta:

Médico de Planta

**Orientación dentro de la Cirugía Pediátrica:**

**¿Posee Certificación del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos?:** Sí  No

Firma y Aclaración  
**Aval Socio Titular 1**

Firma y Aclaración  
**Aval Socio Titular 2**

Firma y Aclaración  
**Solicitante**

Adjuntar:

- 1) Currículum Vitae
- 2) Fotocopia del Título de Médico AUTENTICADA
- 3) Fotos 4 x 4 color
- 4) El Adherente Extranjero, deberá acompañar dos referencias que avalen su desempeño profesional

## Curriculum Vitae Resumido

(completar el formulario e imprimir en hoja oficio o legal)

Fecha de Egreso de Facultad de Medicina:

Universidad:

Concurrencia     Residencia    - Hospital:

Fecha ingreso:  Fecha Egreso:

Especialidad:

### Participación en Congresos:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

### Trabajos Científicos Presentados en Congresos / Jornadas:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-

### Trabajos Publicados:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-

### Becas / premios:

- 1-
- 2-
- 3-

### Título de especialista:

Sí     No

Año:

Institución:

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
**Solicitante**

## Cuota Societaria 2025

COMPROMISO DE PAGO

Dr./a.:  Tel. Celular:

E-mail:  Hospital:

### Medio de Pago:

Efectivo - en la sede de ACACIP (Sánchez de Bustamante 305 - PB1, C.A.B.A.)

Mercado Pago – CVU 0000003100008874633289

Transferencia Bancaria - **Banco Galicia**  
CC\$ Nº 15162-3 003-3  
**C.B.U: 0070-0030-2000-0015-1623-39**  
Alias: ACACIP  
CUIT Nº: 30-65267196-5  
Enviar comprobante a [secretaria@acacip.org.ar](mailto:secretaria@acacip.org.ar)

Tarjeta de Crédito:  Visa  Mastercard

Nº  Fecha Vto.:  Banco Emisor:

### Categoría y Forma de Pago:

- Socios Titulares / Adherentes / Adherentes Extranjeros:

**1** Pago de \$ 600.000 - Hasta el 31.1.25 - luego consultar

**3** Pagos de \$ 220.000 - Pagaderos en Enero; Febrero y Marzo 2025.

**12** Pagos de \$50.000 - Únicamente para Pago con Tarjeta de Crédito, dicho importe se ajustará según inflación (IPC) – Consultar valor actualizado al momento de la asociación.

- Residentes / Becarios / Instrumentadoras / Enfermeros:

**1** Pago de \$ 300.000 - Hasta el 31.1.25 - luego consultar

**3** Pagos de \$ 110.000 - Pagaderos en Enero; Febrero y Marzo 2025.

**12** Pagos de \$ 25.000 - Únicamente para Pago con Tarjeta de Crédito, dicho importe se ajustará según inflación (IPC) – Consultar valor actualizado al momento de la asociación.

---

Firma y Aclaración  
**Solicitante**