

# ASOCIACIÓN ARGENTINA DE KINESIOLOGÍA

## SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A PÓLIZA COLECTIVA DE MALA PRAXIS

C. A. de Buenos Aires, .....

### DATOS PERSONALES:

Apellidos y Nombres: .....

Documento (DU): ..... CUIL/CUIT: .....

Fecha de nacimiento: ...../...../..... Nacionalidad: .....

Domicilio particular: ..... Piso: ..... Dpto: .....

Localidad: ..... C. P.: ..... Provincia: .....

Teléfono particular: ..... Celular: .....

E- mail: .....

### DATOS PROFESIONALES:

Matrícula Profesional Nacional Nº ..... Matrícula Provincial Nº: .....

Título Profesional: .....

Otorgado por: ..... Fecha de matriculación: .....

Lugar de trabajo: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

Teléfonos: ..... E- mail: .....

MUNICIPAL (marque con X): SI..... NO..... Nombre Hospital: .....

**SUMA ASEGURADA: \$ 750.000 (pesos setecientos cincuenta mil)**

.....  
FIRMA DEL PROFESIONAL