



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: \$ 15.000.000 (pesos quince millones)

.....
FIRMA DEL PROFESIONAL