

**CONSEJO PROFESIONAL de CIENCIAS ECONÓMICAS de ENTRE RÍOS
SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD (S.A.S.)**

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Nº -

	Categoría de Afiliado	Alta	Modificación	Baja
1	Titular Obligatorio			
2	Titular Voluntario			
3	Carga de Familia Voluntario			
4	Plan Joven			

Identificación del Afiliado Titular	
Apellido y Nombre : <input type="text"/>	Matrícula : <input type="text"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> Fecha de Nacimiento : <input type="text"/>	Sexo: <input type="text"/>
Domicilio : <input type="text"/>	Dpto: <input type="text"/> Paraje / Barrio : <input type="text"/>
Localidad : <input type="text"/> <input type="text"/> Código Postal : <input type="text"/>	Teléfono : <input type="text"/>
Delegación: <input type="text"/>	E-mail: <input type="text"/>
Fecha de Alta, Baja o Modif. <input type="text"/>	Tipo de Cobertura : <input type="text"/>

CARGAS de FAMILIA								
Or.	Documento T.	Nº	Apellido y Nombres	S e x o	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Fecha Alta Baja o Mod.	Tipo de Cobertura
1								
2								
3								
4								
5								
6								

Lugar y Fecha :

_____ Firma del Titular

_____ Firma Autorizada