



**CIRCULO ODONTOLÓGICO
DE MENDOZA**

SEGURO DE PRAXIS

Al Señor Presidente
Federación Odontológica de Mendoza
Presente

Mendoza, _____

Por medio de la presente, acepto al seguro de Mala Praxis correspondiente a la Cooperativa de Seguros Sancor, contratada per la Federación Odontológica de la Provincia de Mendoza, como así también su reglamentación y normas legales,-
Atte

.....
Firma y Sello

Fecha/...../.....Círculo al que pertenece

Apellido y Nombres:

Matrícula Provincial:Matrícula Nacional:

Nº. Documento:Nº de CUIT:

Fecha de Nacimiento:...../...../.....Condición IVA:

Nº. Ingresos Brutos:.....

No ANSSAL:E-mail:.....

Especialidad/es:.....

¿Atiende Obras Sociales? SI NO

Domicilio Particular

Calle y Nro.Localidad.....

DepartamentoTeléfono

Otro/s consultorio/s

Calle y Nro.Localidad.....

DepartamentoTeléfono