

Buenos Aires, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Estimado Asociado:

La firma en la presente planilla formará parte de una base de datos, la cual se utilizará para adjuntar en cada boleta que emita.

Doctor (a):.....

DNI N°: .....

**Por favor, registre su firma dentro del recuadro inferior**

Agradeceremos nos informe la dirección de e-mail  
donde desee recibir información de nuestra Institución.