



CÍRCULO ODONTOLÓGICO SANTIAGUEÑO

SOLICITUD DE INGRESO

Me dirijo a la Comisión Directiva con el objeto de solicitar mi ingreso como socio del Círculo Odontológico Santiaguense, obligándome a cumplir las disposiciones de los Estatutos, Reglamentos y Resoluciones de los órganos de la Institución.

DATOS PERSONALES

. APELLIDO Y NOMBRES:

. FECHA DE NACIMIENTO:

. TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO:

. NACIONALIDAD:

. DOMICILIO PARTICULAR:

. CÓDIGO POSTAL:

. LOCALIDAD:

. DEPARTAMENTO:

. TELÉFONO PARTICULAR:

. CELULAR:

. CORREO ELECTRÓNICO:

DATOS PROFESIONALES

. C.U.I.T Nº

. MATRICULA Nº

. DOMICILIO LABORAL PRINCIPAL:

. HABILITACIÓN DE CONSULTORIO: Presentada ☐ En trámite ☐ COMPARTIDO ☐
CON: Dr. /Dra.

. LOCALIDAD:

. DEPARTAMENTO:

. CÓDIGO POSTAL:

. TELÉFONO LABORAL:

. DÍAS Y HORARIOS DE ATENCIÓN:

. DOMICILIO LABORAL SECUNDARIO:

. ESPECIALIDAD/ES:

. SITUACIÓN FRENTE AL I.V.A: Responsable inscripto ☐ Monotributista ☐ No inscripto o No alcanzado ☐ Exento ☐

. SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE LA SALUD | REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES: Si ☐ No ☐ Nº de Prestador:

Fecha de vencimiento:



CÍRCULO ODONTOLÓGICO SANTIAGUENSE
SOLICITUD DE INGRESO

INFORMACIÓN DE SERVICIOS

Estas opciones forman parte de los servicios que el C.O.S. le brinda como socio y que, a su vez, se le debitan de su liquidación mensual. Por favor, indique con una cruz la opción deseada en caso de querer adherirse al mismo.

SEGURO DE MALA PRAXIS - SANCOR Seguros Si ☐ Otro ☐ Cuál? _____
N° Póliza _____ Vigencia _____

(En el caso de no contar con el Seguro de Mala Praxis que le ofrece el C.O.S., el socio deberá presentar a la brevedad la póliza actualizada correspondiente a su empresa de seguros)

SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS - S.E.M. Si ☐ No ☐

OBRA SOCIAL Swiss Medical (C.O.S.) ☐ I.O.S.E.P Salud (C.O.S.) ☐ Sancor Salud (C.O.S.) ☐ Particular ☐

HAMBURGO SEGUROS Seguro de Vida ☐ No ☐

ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA - A.O.A. Socio ☐ No socio ☐

RECOLECCIÓN DE RESIDUOS PATÓGENOS (aplica Capital, Banda, Termas y Añatuya) Si ☐ No ☐

.Que otros servicios le gustaría recibir como socio del C.O.S.?

. A través de qué medio de comunicación le gustaría recibir información acerca de las novedades del C.O.S?

 Mail ☐

 WhatsApp ☐

 Facebook ☐

 Instagram ☐

 Telegram ☐

Firma del Socio



CÍRCULO ODONTOLÓGICO SANTIAGUENSE
SOLICITUD DE INGRESO

OBRAS SOCIALES

Con el objeto de incluirlo en nuestros registros de prestadores, le solicitamos indicar la Obra Social a la que usted por decisión personal **NO desea prestar servicio**.

****Más de 2 OS sin prestación de servicios aplica Cuota Social incrementada de No prestadores.**

Se deja constancia que la presente tiene carácter de declaración jurada, por lo que el profesional que acepte la atención de una Obra Social, no podrá cobrar ni emitir recibo por prácticas nombradas dentro del actual convenio. En el caso de que la Obra Social debite al C.O.S. importes por este concepto, el profesional tendrá que asumir el débito correspondiente y se le descontará a través de la liquidación de honorarios mensuales.

Por favor, marque con una cruz la OS que no desea prestar servicio:

A.C.A SALUD ☐

A.P.M ☐

ASOCIACIÓN ECLESIASTICA SAN PEDRO ☐

BOREAL ☐

CONSULMED ☐

CORA | POLICÍA FEDERAL ☐

DOCTHOS ☐

FIDEEROS ☐

GERDANNA SALUD ☐

GILSA-INTEGRAL ☐

GUINCHEROS Y MAQUINISTAS ☐

HAMBURGO ☐

I.O.S.F.A EJÉRCITO ☐

I.O.S.E.P ☐

JERÁRQUICOS SALUD ☐

MEDICUS ☐

MITA ☐

MOLINEROS ☐

MUNICIPALIDAD CAPITAL ☐

O.S.B.A | BANCARIOS ☐

O.S.D.E ☐

O. S.E.T.Y.A ☐

O.S.F.AT.L.Y.F ☐

O.S.I.A.D ☐

O.S.J.E.R.A ☐

O.S.M.I.T.A ☐

O.S.P.E ☐

O.S.P.I.F ☐

O.S.P.I.L ☐

O.S.P.I.M ☐

O.S.P.R.A ☐

O.S.S.E.G ☐

PERSONAL DE FARMACIA ☐

PODER JUDICIAL ☐

RED DE SEGURO MEDICO S.R.L. ☐

S.A.D.A.I.C ☐

SANCOR ☐

S.C.I.S. ☐

SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL ☐

SWISS MEDICAL ☐

U.T.A ☐

Firma del Socio

CÍRCULO ODONTOLÓGICO SANTIAGUEÑO
SOLICITUD DE INGRESO

• **CAPACITACIÓN PROFESIONAL**

Nos interesa saber su opinión acerca de cuáles son las especialidades que a usted más le interesan para poder capacitarse a través de los Cursos de Capacitación Profesional que ofrece el C.O.S.

Cursos de especialización en:

A.T.M ☐

CIRUGÍA ☐

ENDODONCIA ☐

IMPLANTOLOGÍA ☐

ODONTOPEDIATRÍA ☐

OPERATORIA DENTAL ☐

ORTODONCIA ☐

ORTOPEDIA ☐

PERIODONCIA ☐

PROSTODONCIA ☐

CARIOLOGÍA ☐

OROFACIAL ☐

ESTÉTICA ☐

ESTOMATOLOGÍA ☐

FARMACOLOGÍA ☐

REHABILITACIÓN PROTÉTICA ☐

RADIOLOGÍA ☐

MATERIALES DENTALES ☐

METODOLOGÍA CIENTÍFICA ☐

ODONTOLOGÍA COMUNITARIA ☐

ODONTOLOGÍA INTEGRAL ADULTOS ☐

ODONTOLOGÍA INTEGRAL NIÑOS ☐

OPERATORIA LEGAL ☐

AUDITORÍA ☐



CÍRCULO ODONTOLÓGICO SANTIAGUEÑO
SOLICITUD DE INGRESO

- **SUGERENCIAS**

Firma del socio