

Solicitud de Ingreso

AMR
SALUD

MEDICINA PRIVADA

DATOS DEL TITULAR

Fecha	Tipo y Número de Documento	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(00) Apellido y Nombre	Sexo		Estado Civil
<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/> M		<input type="text"/>
Calle / Número / Piso / Departamento	Código Postal	Localidad	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-mail	<input type="text"/>		
Teléfono Particular	Teléfono Laboral	Teléfono Celular	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS GRUPO FAMILIAR

(01) Tipo y Número de Documento	Apellido y Nombre		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/> M	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Teléfono Celular		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
(02) Tipo y Número de Documento	Apellido y Nombre		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/> M	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Teléfono Celular		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
(03) Tipo y Número de Documento	Apellido y Nombre		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/> M	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Teléfono Celular		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
(04) Tipo y Número de Documento	Apellido y Nombre		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/> M	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Teléfono Celular		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
(05) Tipo y Número de Documento	Apellido y Nombre		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	Sexo	Estado Civil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> F <input type="text"/> M	<input type="text"/>
Correo Electrónico	Teléfono Celular		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

DATOS DE AFILIACION

Plan	Asesor	Fecha de Alta	Fecha de Ingreso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de Carencia	Monto de afiliación	Contacto	Tipo de Afiliación
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Voluntario Vol. con empresa Obligatorio Monotributista

DESCUENTOS

Descuento	Meses
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DE COBRANZA

Débito Automático	Cuenta Bancaria / Tarjeta de Crédito / Cuenta Mutual AMR	CBU Cuenta / Nro. Tarjeta de Crédito / Número Caja Mutual	Fecha de Vencimiento Tarjeta
<input type="text"/> SI <input type="text"/> NO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido y Nombre del Titular de la Cuenta / Tarjeta		Tipo y Número de Documento del Titular de la Cuenta	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Domicilio de Cobro (Calle / Número / Piso / Departamento)	Código Postal	Localidad	FIRMA del TITULAR y ACLARACIÓN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS ESTADISTICOS

¿Estuvo antes afiliado/a a AMR Salud?	<input type="text"/> Sí <input type="text"/> No	¿Proviene de otro sistema?	<input type="text"/> Sí <input type="text"/> No	¿De cuál?	<input type="text"/>
¿Cómo se enteró de la existencia de AMR Salud?	<input type="text"/>				

AFILIADO

FIRMA ACLARACIÓN

ASESOR

FIRMA ACLARACIÓN

RESPONSABLE AMR SALUD

FIRMA ACLARACIÓN
