

La Plata, de de

Sres. Agremación Médica Platense
Presente.-

El que suscribe,
en su carácter de del EQUIPO MEDICO que funciona bajo la forma
asociativa de: SOCIEDAD DE HECHO

SOCIEDAD ANONIMA (S.A.)

SOCIEDAD RESPONSABILIDAD LIMITADA (S.R.L.)

OTRAS
INDICAR CUAL

inscripto ante la AFIP con la CUIT Nº me dirijo a Uds. a fin de
declarar que todos los integrantes del Equipo son profesionales médicos asociados a esa entidad.

Asimismo me comprometo a comunicar, en forma
inmediata de producido, cualquier hecho que en el futuro modifique dicha circunstancia, por ser
este un requisito esencial de admisibilidad de Equipo establecido por la Agremación Médica
Platense.

Declaro que lo expresado anteriormente es
correcto y completo y que no he omitido ni falseado dato alguno que deba contener, siendo fiel
expresión de la verdad.

FIRMA

ACLARACION