

POSADAS (Mnes.), ... de de 202.....-

A la
Comisión Directiva
del Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur
SU DESPACHO.

De mi consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para solicitarle mi incorporación a ese Círculo en carácter de socio activo, para lo cual detallo mis datos personales y profesionales;

APELLIDO: NOMBRES:
TIPO DE DOCUMENTO: D.N.I. NUMERO: MAT.PROF.Nº:
TITULO EXPEDIDO POR: FECHA DE EXP.:
FECHA DE NACIMIENTO: LUGAR:
ESTADO CIVIL: NACIONALIDAD:
DOMICILIO REAL: TEL.:
DOMICILIO PROFESIONAL: TEL.:
CUIT Nº:SIT. ANTE EL IVA:Nº S.S.SAL.:.....
E-MAIL:.....
ENTIDAD A LA QUE ESTUVO ASOCIADO
ANTERIORMENTE:

- Manifiesto expresamente que conozco y acepto todas y cada una de las cláusulas del estatuto del C.O.M.Z.S., actualmente vigente como así las sucesivas y posteriores modificaciones que al mismo se realicen por asambleas o por resolución de Comisión Directiva. Comprometiéndome a aceptarlas, cumplirlas y respetarlas.
- Para el caso de incumplimiento de lo último y anteriormente expuesto me cometo por propia voluntad a lo dictaminado por la Institución en lo que respecta a las sanciones que se me impongan (ya sea por el Tribunal de Disciplina o por Resolución de Comisión Directiva. Los cuales serán convenientemente analizados y tratados. Renunciando expresamente a solicitar cualquier revisión de la misma, ya sea por vía administrativa y judicial.

.....
.....
FIRMA

Aclaración:



**CÍRCULO ODONTOLÓGICO
DE MISIONES ZONA SUR**

Personería Jurídica N° A-107
Adherido a la C.O.R.A
Adherido a la F.O.M

-  Ayacucho 1446
(3300) Posadas - Misiones
-  (0376) 4440777
-  secretaria@comzs.com.ar
-  www.comzs.com.ar

D.N.I.:

Fecha:

f. 001/FAB.

OBSERVACIONES:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CAMBIOS DE
DOMICILIO:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(En todas las OBSERVACIONES Y CAMBIOS DE DOMICILIO se consignará la fecha).

Solicitud de Adhesión al

PADRON DE PRESTADORES DEL C.O.M.Z.S. y/o F.O.M.

El que suscribe:

D.N.I. N°:, afiliado al C.O.M.Z.S. N° (Matr.Prof.), domiciliado en, viene libre y voluntariamente a solicitar y declarar lo siguiente:

1. Que solicita ser inscripto en el Padrón de Prestadores para atender a los afiliados de mutuales, Obras Sociales y otras entidades profesionales de acuerdo con las relaciones contractuales mantenidas entre esta y el Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur.

2. Que autoriza al C.O.M.Z.S. y/o F.O.M. a percibir sus acreencias devengadas que le correspondieran como también a requerir por los medios que procedan el pago de acreencias que con este motivo le adeudaran las entidades prestatarias. Autoriza también a efectuar retenciones derivadas de normas y resoluciones del C.O.M.Z.S. y F.O.M., las cuales se compromete a respetar.

3. La presente constancia constituye asimismo una declaración expresa en el sentido que se lo tenga por excluido del Padrón de Prestadores, en forma automática, cuando se den algunos de los casos previstos por el Art. 6to. del Reglamento del Padrón de Prestadores, y Capítulo II: De las obligaciones del socio, del Estatuto. La renuncia se tendrá por presentada tan pronto como la circunstancia impeditiva sea conocida por la Comisión Directiva del C.O.M.Z.S. y/o F.O.M.

4. Viene a manifestar expresamente que conoce y acepta las reglamentaciones que referidas al ejercicio profesional se hayan establecido, comprometiéndose a cumplirlas.

5. Viene a expresar su adhesión al Padrón de Prestadores a beneficiarios de Obras Sociales para la nómina de tales entidades comprendidas, comprometiéndose a respetar las resoluciones y/o normas dictadas o a dictarse por el C.O.M.Z.S. para el mejor cumplimiento de esos fines.

6. Declara conocer y aceptar el Reglamento del Padrón de Prestadores del Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur y Federación Odontológica de Misiones.

LUGAR:



**CÍRCULO ODONTOLÓGICO
DE MISIONES ZONA SUR**

PERSONALIDAD JURÍDICA N° 107
Adherido a la C.O.R.A.
Adherido a la F.O.M.

FECHA:

 Ayacucho 1446
(3300) Posadas - Misiones

 (0376) 4440777

 secretaria@comzs.com.ar

 www.comzs.com.ar

FIRMA:

ACLARACION:

D.N.I. N°

F.003-FAB/94.

SOLICITUD DE OPERATORIA CON EL DEPARTAMENTO DE INSUMOS

Sr. Presidente
del Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur
S...../.....D.

De mi consideración:

Por la presente solicito inscribirme para operar con el Departamento de Insumos del Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur, para la adquisición de material odontológico y/o equipamiento y/u otra operatoria que tenga el citado Departamento.

De acuerdo a la operatoria solicitada, tomo conocimiento, me comprometo y autorizo a lo siguiente:

1. Que las compras de insumos odontológicos de cada período, que se cerrarán el último día del mes, me serán descontadas en su totalidad en las liquidaciones, a abonarse en el mes inmediato siguiente.

2. En caso que las acreencias a cobrar en el C.O.M.Z.S. no alcancen el monto de la compra correspondiente a ese período, y el saldo impago, me comprometo a pagar en la sede del C.O.M.Z.S. dentro del plazo de cinco (5) días posteriores a cada fecha de pago o en la siguiente liquidación.

3. Que toda deuda en mora devengará a partir de los treinta días de cierre del mes de compra un interés del dieciocho por ciento (18%) anual. En caso de que la tasa activa del Banco de la Nación Argentina en operaciones de créditos exceda esta tasa al C.O.M.Z.S. se reserva el derecho a ajustar la misma en forma automática y proporcional.


4. Que sin perjuicio de lo establecido en el punto 2, pasado los treinta (30) días de mora (que será automática) el C.O.M.Z.S. está facultado a deducir las acciones judiciales para el recupero de su crédito, sirviendo esta solicitud y la facturación adeudada, título ejecutivo suficiente para demandar por ese procedimiento en sede judicial. En estos casos el C.O.M.Z.S. requerirá la participación de un fiador liso, llano y solidario y principal pagador de las obligaciones que asuma el suscripto. El garante deberá estar asociado al C.O.M.Z.S.

5. En caso de conflicto, expreso mi conformidad a someter la cuestión a los Tribunales Ordinarios de la Ciudad de Posadas, renunciando expresamente a todo otro fuero y/o jurisdicción.-



**CÍRCULO ODONTOLÓGICO
DE MISIONES ZONA SUR**

Personería Jurídica N° A-107
Adherido a la C.O.R.A.
Adherido a la F.O.M

 Ayacucho 1446
(3300) Posadas - Misiones

 (0376) 4440777

 secretaria@comzs.com.ar

 www.comzs.com.ar

Saludo al Sr. Presidente muy atentamente.-

Dr:

Mat. Prof.:

Domicilio a los efectos de esta operatoria:

.....

CUI N°. SIT. ANTE EL IVA:

FAB. F.002.

.....

Firma