



**Nombre y Apellido:**

**Ciudad:**

**País:**

**Teléfono móvil (incluir prefijo)**

**Mail personal:**

**Nro. Contribución Tributaria**

**Adjuntar a esta ficha la siguiente documentación: Copia de su título de nefrólogo. Constancia de residente si corresponde.**

**Para el pago con tarjeta de crédito, completar:**

**ADHIERE AL PAGO DE LA CUOTA SOCIAL EN FORMA MENSUAL, POR EL SISTEMA DE DÉBITO AUTOMÁTICO CON TARJETA DE CRÉDITO**

Tarjeta:                    VISA                     MASTERCARD

Nro. de tarjeta:

\_\_\_\_\_  
(Únicamente los números del frente)

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

**Datos para depósitos o transferencia bancaria desde cualquier cajero red link o banelco.**

Nombre de cuenta:                    Asociación Nefrológica de la Ciudad de Buenos Aires  
Cuenta corriente en pesos            Nro. 327-0303185/8  
Banco Frances - Sucursal Pueyrredón  
CUIT: 30-64609867-6                    CBU 0170327420000030318580

**Una vez efectuado el pago enviar vía mail ([ancba@ancba.org.ar](mailto:ancba@ancba.org.ar)) comprobante de operación y documentación solicitada.**