

SOCIEDAD DE OFTALMOLOGÍA DE SALTA

Urquiza Nº 153 - Tel. (0387) 4311445 - 4400 - SALTA
e-mail: socoftalmologia@hotmail.com

SOLICITUD DE INGRESO

Salta, de 20.....

El suscripto:
conforme a los estatutos de la Sociedad de Oftalmología de Salta, solicita ser admitido como miembro adherente. Acompaña los antecedentes correspondientes:

Miembro que lo presenta

Firma:

FICHA INDIVIDUAL (llenar con letra de imprenta)

Apellido y Nombre:

Fecha de Nacimiento: Nacionalidad: Argentino:

Lugar de Nacimiento: Estado Civil:

Documento de Identidad (D.N.I. - L.E. - L.C.):

Domicilio Particular: Tel.:

Domicilio Profesional: Cel.:

Correo electrónico:

Fecha de expedición de Título:

Nº de Matrícula: Nacional Colegio Médico de Salta

Universidad que le expidió o que lo revalidó:

Tiempo de dedicación a la Especialidad Profesional:

Lugares y servicios donde ha ejercido la profesión y fechas:

.....

.....

Cargos médicos que ha desempeñado y/o desempeña:

.....

Trabajos:

Fecha en la que inició el ejercicio de la Profesión en la Provincia (Art. 11, Ins. P)

.....

Asociaciones profesionales a las cuales está o ha estado adherido (incluir fechas de ingreso y egreso)

.....

Firma:

Exclusivo para la Comisión Directiva

Aprobado

Fecha de Ingreso como miembro adherente

Secretario

Sello

Presidente