



ASOCIACIÓN ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

FORMULARIO PARA SOLICITAR SER SOCIO DE ASADEPE

REQUISITO: MEDICO Y ACOMPAÑAR ESTA SOLICITUD CON UN BREVE CV DE 1 HOJA, COPIA DEL TITULO DE MEDICO Y 2 FIRMAS DE SOCIOS.

LUGAR Y FECHA:

APELLIDO Y NOMBRES:

NUMERO DE DOCUMENTO/PASAPORTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

TÍTULOS:

OTORGADO POR UNIVERSIDAD:

MATRICULA NACIONAL:

FECHA DE GRADUACION:

HOSPITAL DE REFERENCIA:

CARGO O FUNCIÓN:

ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA PEDIATRICA: SI - NO

DOMICILIO PARTICULAR: C.P:

TELÉFONO:

E-MAIL:

ACEPTO SER MIEMBRO DE LA ASADEPE (Marque con una cruz).

Firma: Aclaración:

Presentado por Firma

Presentado por Firma

RECUERDE QUE AL ASOCIARSE DEBERA PAGAR LA CUOTA SOCIETARIA ANUAL

(formas de pago con tarjeta, transferencia bancaria, Mercado Pago o efectivo)

ASADEPE - Honduras 5770 (1414) - Capital Federal – 4899 0017

E-mail: info@asadepe.org.ar