



SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA DE ROSARIO Y LITORAL.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Rosario, _____ de 20 ____

El Dr.: _____

Domiciliado: _____

Teléfono: _____

e-mail: _____

Graduado Médico año: _____ Matrícula: _____

Graduado Especialista año: _____ Especialista: _____

Lugar trabajo: _____ Situación: _____

Solicita ingresar como Miembro _____ de esta Sociedad, y se compromete a respetar los estatutos vigentes.

Firma _____

Presentado por
Miembros Titulares:

Apellido y Nombre: _____

Firma - Sello

Apellido y Nombre: _____

Firma - Sello

Domicilio de pago: _____