



ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ANATOMÍA CLÍNICA

SOLICITUD PARA INGRESAR COMO MIEMBRO

(marque con una cruz en el casillero que corresponda)

ADHERENTE

ACTIVO

*Por favor complete con letra de imprenta mayúscula.

APELLIDO/S:.....

NOMBRE/S:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:.....NACIONALIDAD:.....

INSTITUCIÓN EN LA QUE SE DESEMPEÑA

a) UNIVERSIDAD:.....

b) FACULTAD:.....

c) DEPARTAMENTO, CÁTEDRA, INSTITUTO:.....

CARGO QUE EJERCE:.....PROFESIÓN:.....

TELÉFONO: (.....).....CELULAR: (.....).....

MAIL:.....FACEBOOK:.....

DOMICILIO PARTICULAR

Calle y número.....

Ciudad.....Provincia.....

País.....Código postal.....

TELÉFONO: (.....).....CELULAR: (.....).....

MAIL:.....FACEBOOK:.....

FECHA DE NACIMIENTO:.....ESTADO CIVIL.....

¿Desea figurar (estar visible) en el directorio de la Asociación Argentina de Anatomía Clínica, y eventualmente ser consultado por otros anatomistas o miembros de la comunidad en general?

SI NO

FECHA:.....FIRMA DEL SOLICITANTE:.....

Firma y aclaración

Firma y aclaración

Firma y aclaración

Aval de miembros activos y/o fundadores