Buenos Aires,……..de ..... …….de 20

Foto
4X4

Señor Presidente de la
Asociación de Anestesia,
Analgesia y Reanimación de Buenos Aires
S / D

Por medio de la presente solicito a Ud., y por su intermedio a la Comisión Directiva, mi incorporación como asociado de vuestra entidad. A tales efectos procedo a responder el formulario que se transcribe a continuación con la información que se indica

Apellido y Nombres.....DNI Nª.....

Fecha de Nacimiento.....Nº de CUIL.....

Lugar de Nacimiento.....Nª de CUIT.....

Nacionalidad.....Estado Civil.....

Domicilio actual..... Localidad.....C.P.....

Teléfono particular..... Celular.....

E-Mail.....

Egresado de la Facultad de Medicina de.....en el año.....

Matrícula Nacional.....Matrícula Provincial.....

Realizó Residencia en Anestesiología en.....

Desde el año……..hasta el año……..

Título de especialista expedido por la Universidad de.....en el año.....

Diploma de especialista expedido por la FAAAAR SI - NO en el año…….....

Es Socio de otra Asociación Federada? SI - NO Cuál ?.....

Mencione si ha tenido alguna sanción por inconducta o inobservancia de las reglamentaciones o decisiones emanadas de Comisión Directiva de Asociación Federada y/ o de la FAAAAR. Caso afirmativo, quién se la ha impuesto y cuál fue la inconducta o normativa transgredida.

.....

Por último hago saber a Ud. que he sido suficientemente informado que la presentación de la solicitud de ingreso y de la documentación adjunta a la misma no implica su aprobación en los términos del art. 11 inc. b) del Estatuto

....

Firma del Socio Presentante Firma del Socio Presentante

.....
Firma del interesado