

Solicitud para Ingresar como Socio

(completar el formulario e imprimir en hoja oficio o legal)

Al señor Presidente de la **Asociación Civil Argentina de Cirugía Pediátrica**, El /

La que suscribe:

solicita ingresar a la A.C.A.C.I.P. como miembro: Adherente Adherente Extranjero

DATOS PERSONALES

Fecha Nacimiento:

Nacionalidad:

Estado Civil:

Tipo y N° de Documento: DNI LC LE CI PS N°

Domicilio:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

País:

Tel. Celular:

Tel. Consultorio:

Tel. Particular:

E-mail:

DATOS PROFESIONALES

Año de Graduación:

Facultad:

Médico

M.N. N°:

Doctor en Medicina

M.P. N°:

Hospital / Sanatorio donde se desempeña:

Tel. Hospital / Sanatorio:

Cargo Actual:

Jefe de Servicio

Becario

Jefe de Departamento

Concurrente

Jefe de Residencia

Residente - Hasta:

Médico de Planta

Orientación dentro de la Cirugía Pediátrica:

¿Posee Certificación del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos?: Sí No

Firma y Aclaración
Aval Socio Titular 1

Firma y Aclaración
Aval Socio Titular 2

Firma y Aclaración
Solicitante

Adjuntar:

- 1) Curriculum Vitae
- 2) Fotocopia del Título de Médico AUTENTICADA
- 3) Dos fotos 4 x 4 color
- 4) El Adherente Extranjero, deberá acompañar dos referencias que avalen su desempeño profesional

Curriculum Vitae Resumido

(completar el formulario e imprimir en hoja oficio o legal)

Fecha de Egreso de Facultad de Medicina:

Universidad:

Concurrencia Residencia - Hospital:

Fecha ingreso: Fecha Egreso:

Especialidad:

Participación en Congresos:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-

Trabajos Científicos Presentados en Congresos / Jornadas:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-

Trabajos Publicados:

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-

Becas / premios:

- 1-
- 2-
- 3-

Título de especialista:

 Sí No

Año:

Institución:

Firma y Aclaración
Solicitante

Cuota Societaria 2019

COMPROMISO DE PAGO

Dr./a.:

Tel. Celular:

E-mail:

Hospital:

Medio de Pago:

Efectivo - en la sede de ACACIP (Sánchez de Bustamante 305 - PB1, C.A.B.A.)

Cheque - a nombre de: *Asociación Civil Argentina De Cirugía Pediátrica*

Transferencia Bancaria - **Banco Galicia**

CC\$ N° 15162-3 003-3

C.B.U: 0070-0030-2000-0015-1623-39

Alias: ACACIP

CUIT N°: 30-65267196-5

Enviar comprobante a secretaria@acacip.org.ar

Tarjeta de Crédito:

Visa

Mastercard

N°

Fecha Vto.:

Cód. Seguridad:

Categoría y Forma de Pago:

- Socios Titulares / Adherentes / Adherentes Extranjeros:

1 Pago de \$ 9.000 - \$ 8.100 pagando hasta el 31/03/2020

12 Pagos de \$ 806 - Únicamente para Pago con Tarjeta de Crédito

- Residentes / Becarios / Instrumentadoras / Enfermeros:

1 Pago de \$ 4.500 - \$ 4.050 pagando hasta el 31/03/2019

12 Pagos de \$ 403 - Únicamente para Pago con Tarjeta de Crédito

Firma y Aclaración
Solicitante