



SOLICITUD DE INGRESO

Apellido y Nombres: _____

Domicilio Particular: _____

Localidad: _____ C.P.: _____

Teléfonos: _____ Fax: _____

Celular: _____ E-mail: _____

Tipo Documento: _____ N°. Documento: _____

Matrícula Nacional: _____ Fecha Matrícula: ____/____/____

Nacionalidad: _____ Sexo: M / F

Fecha Nacimiento: ____/____/____ Estado Civil: _____

Título Universitario: _____

Universidad: _____ Fecha: ____/____/____

Especialidad: _____ Dedicación: _____

Hospital y Servicios en que actúa: _____

Trabajos publicados o presentados:

Firma y Aclaración del Solicitante: _____

Presentado por los Doctores (Socios Titulares de la S.A.H.)

Nombre: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Firma: _____

ESTA FICHA DEBE SER IMPRESA, COMPLETADA Y PRESENTADA EN LA SEDE DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE HEMATOLOGIA, JUNTO A UN CURRICULUM VITAE.

Presentado en la Sesión del: ____/____/____

Aceptado como Miembro: _____

Firma: _____