



**S.A.ME.CI.P.P.**  
**SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA Y**  
**CIRUGIA DE PIERNA Y PIE**

Vte. Lopez 1878 te: 4805-3677

**SOLICITUD PARA EL INGRESO COMO MIEMBRO ADHERENTE**

**Señor Secretario General de la Sociedad Argentina de Medicina y Cirugía de Pierna y Pie:**

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. y por su intermedio a la **Comisión Directiva**, con el fin de solicitarle mi incorporación en carácter de **Miembro Adherente** a dicha **Sociedad**.

**DATOS PERSONALES**

Apellido.....  
Nombres.....  
Lugar y fecha de nacimiento.....  
Fecha egreso médico.....  
Matrícula profesional Nacional N\* .....Provincial N\*.....  
Domicilio particular calle.....n\*.....  
Localidad.....Partido.....  
Provincia .....Cod. Postal.....  
Te:.....Cel:.....  
E-mail:.....  
Instituciones donde desarrollo actividades profesionales (incluir dirección)  
.....  
.....

---

Con la presente, adjunto resumen de curriculum.  
Dejo constancia que conozco y cumpliré con todo lo establecido en el reglamento de la Sociedad de Cirugía y Medicina de Pierna y Pie.

Saluda a Ud. con la consideración más distinguida.

Fecha.....

.....  
Firma

Presentado por :

Miembro Titular:

Firma

1) Dr.....

2) Dr.....

.....

.....