



**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 TITULAR
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 TITULAR** 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.....
ProvinciaCod. 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.....