

SOCIO N°

SECRETARIA

San Martín 617 – 1er. Piso "A"
C.P. 1004 – Ciudad Autónoma de Bs.As.
Argentina
Tel-fax: 54/11-4893-2787
E.mail: info@aaeeh.org.ar



Buenos Aires, _____

Señor / a Presidente de la

Asociación Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado

El que suscribe _____

solicita ingresar en LA ASOCIACION ARGENTINA PARA EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES DEL HIGADO como Miembro Adherente para lo cual adjunto a la presente resumen de mis antecedentes curriculares.

Me representan los Miembros Titulares

Dres. _____ y _____

(Firma de los presentadores)

Saludo al Señor/a Presidente con la mayor consideración.

Matrícula profesional N° _____

N°. CUIT/CUIL _____

Firma

DATOS PERSONALES

NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO

DOMICILIO PARTICULAR

()

TELÉFONO PARTICULAR

CÓD. POSTAL

()

CELULAR

CIUDAD

DOMICILIO CONSULTORIO

()

TELÉFONO CONSULTORIO

CÓD. POSTAL

()

FAX

CIUDAD

HOSPITAL O INSTITUCION DE DESEMPEÑO

CORREO ELECTRÓNICO

DONDE DESEA RECIBIR SU CORRESPONDENCIA?

Reservado/ Aceptado el