

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**