



Asociación de Profesionales Hospital General de Niños Pedro de Elizalde

Solicitud de Inscripción

Sr. Presidente:

El que suscribe.....solicita ser aceptado como *Miembro Titular* de la Asociación de Profesionales, manifestando estar de acuerdo con la declaración de los principios del Estatuto.

Firma del Interesado

Apellido y Nombre

Domicilio

Localidad..... C.P..... Tel

Celular E-mail

Fecha Nacimiento:/...../..... Nacionalidad Estado Civil.....

LE/LC/DNI N° de Matricula..... Titulo.....

Fecha ingreso al Hospital/...../..... Cargo que desempeña

Presentador por:

(firma y aclaración de 2 Miembros Titulares)

Resolución de la Comisión Directiva.....

Firma y sello del Presidente

Fecha/...../.....

N° de Socio