

FORMULARIO PARA INSCRIPCIÓN

(FAVOR LLENAR CON LETRA DE MOLDE)



Apellidos _____

Nombres _____

Cédula _____ Lugar de nacimiento _____

Fecha de Nacimiento _____ Nacionalidad _____

Estado Civil _____ Nombre del Conyuge _____

Dirección Residencia _____

Dirección Consultorio _____

e-mail _____

Teléfono Celular _____ Teléfono del Consultorio _____

FORMACION ACADEMICA

Universidad _____

Escuela de Egreso _____

Año de Graduación _____ Exequátur No. _____

Título de la Especialidad _____

Título Revalidado S No Sub-Especialidad _____

Cursos de Post-Grado _____

EXPERIENCIA LABORAL

CARGOS DESPEÑADOS, LUGAR Y FECHA

1 _____

2 _____

3 _____

HOSPITALES Y CLINICAS DONDE LABORA ACTUALMENTE

1 _____

2 _____

3 _____

NOMBRE Y FIRMA DE DOS MÉDICOS MIEMBROS DE NUESTRA SOCIEDAD QUE AVALEN SU SOLICITUD DE INGRESO

1 _____

2 _____

Firmo este FORMULARIO dando mis datos personales y profesionales, con el propósito de participar activamente como miembro de la SOCIEDAD DOMINICANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA, INC.

Firma _____ Fecha Solicitud de Ingreso _____