



Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar
S.P.M.F.

Asunción – Paraguay

SOLICITUD PARA ASOCIARSE

1- APELLIDO/S , NOMBRE/S del/a solicitante (Letra Imprenta):

.....

2- DATOS DEL SOLICITANTE:

N° de C.I.

a) Lugar de nacimiento:.....

b) Fecha de nacimiento:.....

c) Dirección particular:

d) Ciudad:.....Distrito:

e) Teléfono particular:

f) N° Celular:

g) e-mail:

h) Número de Registro Profesional:

i) Dirección profesional:

-Hospital:Teléf.:

-Consultorio:Teléf.:

3- HISTORIAL ACADEMICO:

a) Educación Terciaria:

Año de egreso: Universidad de egreso:.....

Título obtenido:.....

b) **RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR:** SI NO (encerrar lo que corresponda)

Institución (Hospital) donde realizó la RESIDENCIA:.....

c) POSTGRADO: *Especialidad/Institución(Universidad) que emitió el título de ESPECIALISTA:*

1- /

2- /

c) Sociedades nacionales o extranjeras a las que pertenece:.....

Firma:.....

Asunción,.....de.....de.....

SOCIOS PROPONENTES: (según Estatuto)

1-Nombre y apellido Firma

2-Nombre y apellido Firma

Decisión de la Comisión Directiva:

Fue aceptado: Fecha: de..... de.....

CATEGORIA DE SOCIO:

.....

Secretario General

.....

Presidente