



Sociedad Paraguaya de Medicina Familiar
S.P.M.F.
Asunción – Paraguay

FORMULARIO SOLICITUD DE SOCIO

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

2. DATOS DEL SOLICITANTE:

- a) N° de C.I.:
- b) Lugar de nacimiento:
- c) Fecha de nacimiento:
- d) Dirección particular:
- e) Ciudad: Distrito:
- f) Teléfono particular:
- g) Nro. Celular:
- h) E-mail:
- i) Número de Registro Profesional:
- j) 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:
 - : /
 - : /
- d) Sociedades nacionales o extranjeras a las que pertenece:
 -

Firma:

Asunción, de de 20.....

SOCIOS PROPONENTES: (según Estatuto)

- 1. Nombre y apellido: Firma:
- 2. Nombre y apellido: Firma:

Decisión de la Comisión Directiva:

Fue aceptado: Fecha: de de 20.....

CATEGORIA DEL SOCIO

SECRETARIO GENERAL

PRESIDENTE