

**SOCIEDAD VENEZOLANA DE MENOPAUSIA Y OSTEOPOROSIS
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

FECHA ACTUAL:

Nota: Por favor, llenar a máquina o letra de imprenta.

Apellidos: _____

Nombres: _____

Cédula de identidad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ MSAS: _____

Dirección de habitación: _____

Urbanización: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código de área y teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Dirección de consultorio (indicar nombre de la Clínica u Hospital): _____

Urbanización: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código de área y teléfono: _____

Teléfono Directo: _____ Fax: _____ Donde se le envía la correspondencia: _____

Especialidad: _____ Donde la estudio: _____ Años ejerciéndola: _____

Universidad donde obtuvo su título: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del cónyuge: _____ Profesión: _____

Miembros Fundadores o/y Titulares que avalan esta solicitud:

1. Nombre: _____ Firma: _____

2. Nombre: _____ Firma: _____

Fecha: _____ Firma del solicitante: _____

FAVOR NO ESCRIBIR EN ESTE ESPACIO

Decisión de junta directiva: Aprobado ____ Negado ____ Categoría: _____ Fecha: ____/____/____

El presidente: _____ El secretario: _____

Indique Título con el cual desea aparecer en los archivos correspondencias y certificados de la sociedad:

Especialidad (marque una sola):

- ___ Ginecología
- ___ Gine- Obstetra
- ___ Endocrinología
- ___ Medicina Interna
- ___ Traumatología
- ___ Reumatología
- ___ Nefrología
- ___ Med. Física y rehabilitación
- ___ Cardiología
- ___ Radiología
- ___ Epidemiología
- Otras especifique: _____

Tipo de práctica:

- ___ Pública
- ___ Privada
- ___ Universitaria
- ___ Investigación
- Otras especifique: _____