

SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL
SECCIONAL ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA
Miembro de la International Association of Oral & Maxillofacial Surgeon - IAOMS
Miembro de la Asociación Latino Americana de Cirugía Bucomaxilofacial - ALACIBU

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (Requisito: ser Socio de la AOA)

FECHA DE INSCRIPCIÓN:/...../.....

Solicito a la Honorable Comisión Directiva de esta Sociedad, ser admitido/a como Miembro Socio/a **ADHERENTE** de esta Seccional de la A.O.A.

Apellido: **Nombres:**

E-MAIL:

Domicilio Particular: C.P.: Tel:

Localidad: Provincia

Domicilio Consultorio: C.P.: Tel:

Localidad: Provincia

Celular: Otros Teléfonos:

Fecha Nacimiento:/...../..... Edad: años. Nacido en

Documentos de identidad: L.E., L.C. o D.N.I. : N° Expedido por:

Graduado en **Año:**

Posee el TÍTULO de

N° Matrícula NACIONAL: N° Matrícula PROVINCIAL:

Socio A. O. A. N°:

.....
Firma

Socios Presentantes: (optativo)

.....
Firma Aclaración

.....
Firma Aclaración

ADHESIÓN AL DEBITO AUTOMÁTICO

Nombre Titular:

Tarjeta (marcar con una cruz): VISA MASTER AMERICAN

N° de Tarjeta:

N° Código: *N° debajo del Nombre:*

Fecha de Vencimiento:/...../..... *Nombre del Banco:*
