



Solicitud de Ingreso / Nuevos Socios

Asociación Argentina de Hemoterapia, Inmunohematología y Terapia Celular

Apellidos:

Nombres: Nacionalidad:.....

Lugar y Fecha de Nacimiento:N° de documento:

Domicilio: Localidad:

Código Postal: Provincia:País:

Teléfono Particular:..... Celular..... E-mail:

Título de:

- MÉDICO, Universidad de Egresado Año:
- Matrícula Provincial N°..... Matrícula Nacional N°.....
- ESPECIALISTA EN HEMOTERAPIA..... SI/NO, Año Expedido por
- BIOQUÍMICO, Univ. De Egresado Año:Matrícula N°.....
- TÉCNICO, Escuela de..... Egresado Año:Matrícula Nr.....
- ESTUDIANTE DE HEMOTERAPIA. Cursa año Escuela de

Lugar de trabajo:..... Teléfono:.....

Cargos desempeñados:

Cargo actual:.....

PRESENTADO POR DOS MIEMBROS TITULARES DE LA AAHITC:

..... Firma:

..... Firma:

RECUERDE: Para solicitar la Baja de la Asociación deberá estar con Cuota Anual Societaria al día, y presentar una Carta Formal a la Secretaría de la AAHITC a: secretaria@aahitc.org.ar

Fecha: Firma del Solicitante:

IMPORTANTE: Acompañar con Fotocopias del Título Legalizado, de la Matrícula y de su Documento Personal de Identidad (frente y dorso) o adjuntar archivo en formato .PDF