



SOCIEDAD DOMINICANA DE CIRUGIA VASCULAR Y
ENDOASCULAR
CAPITULO DE CIRUGIA VASCULAR DEL COLEGIO DOMINICANO DE
CIRUJANOS

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ADMISION DE
SOCIOS/MIEMBROS TITULARES

DATOS GENERALES

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Lugar de nacimiento: _____

Lugar de residencia: _____

Exequatur Numero:* _____

Centro de trabajo: Publico ___ Privado___ Especifique:

Teléfonos: Celular: _____; Oficina: _____

e-mail: _____

Pagina Web: _____

DATOS ACADEMICOS:

Centro de estudios universitario: _____

Centro(s) de entrenamiento hospitalario y titulo(s) obtenido(s) (Especifique
fecha(s)): _____

Membresias:

Colegio Medico Dominicano: (Especifique numero)* _____

Colegio Dominicano de Cirujanos: (Numero)* _____

Otras Sociedades u organizaciones: _____

Miembros activos que avalan su solicitud como miembro: (2) Nombre y numero)*

***PARA SER MIEMBRO DEL CAPITULO, EL ASPIRANTE, DEBE PERTENECER AL COLEGIO MEDICO DOMINICANO Y AL COLEGIO DOMINICANO DE CIRUJANOS.**

Este formulario será gestionado a través del secretario para que sean sometidos al comité de credenciales.