

SOLICITUD DE ADMISION

NOMBRES Y APELLIDOS _____

DNI N° _____ C.M.P.N° _____ REG.ESP.N° _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ LUGAR _____

DOMICILIO _____ TELF. _____

CONSULTORIO _____ TELF. _____

HOSPITAL _____ TELF. _____

FAX _____ CELULAR _____ E-MAIL _____

CARGO HOSPITALARIO _____ CATEGORÍA DOCENTE _____

ASISTE A UN SERVICIO HOSPITALARIO _____ DESDE _____

ENTRENAMIENTO E INSTRUCCIÓN EN OFTALMOLOGIA (especificar lugares y fechas)

TITULOS OBTENIDOS (con fechas)

ENSEÑA OFTALMOLOGIA? _____ INSTITUCIÓN Y CARGO ACTUAL _____

TIENE CONSULTORIO PRIVADO? _____ DESDE _____

Actividad Oftalmológica

(señale el número en cada caso, especificando detalles en hoja adjunta)

Trabajos presentados _____ Trabajos Publicados _____

Congresos _____ Sociedades _____ Distinciones _____

NOMBRE ESPOSA(O) _____ FECHA NACIMIENTO ____/____/____

**Al solicitar mi admisión hago formal promesa de respetar y hacer respetar
Los Estatutos, Reglamentos y acuerdos de la Sociedad Peruana de Oftalmología**

Fecha _____

Firma _____

Presentado por: _____

Aprobado: Fecha ____/____/____

Incorporación como Asociado: Fecha ____/____/____