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 / /