



ASOCIACION DE REUMATOLOGIA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

SOLICITUD DE AFILIACION

Apellido y nombre del solicitante.....

Fecha de nacimiento.....DNI N°.....

Especialidad.....

Lugar institucional de trabajo.....

Email.....

Domicilio consultorio

Calle.....N°.....Piso.....Dpto.....

Localidad.....CP.....

Teléfono/s.....Cel.....

Domicilio particular

Calle.....N°.....Piso.....Dpto.....

Localidad.....Pcia.....CP.....

Telefono/s..... Cel.....

Posición actual (Cargo, Institución).....

Deberá estar avalado por dos socios de SAR o ARCBA

Firma y Sello.....

Firma y sello.....

FIRMA DEL SOLICITANTE