

SOLICITUD DE INGRESO

Asociación de Pediatría de El Salvador



Cuidamos el futuro

San Salvador, _____ de _____ de _____

Nombre completo: _____

Nacionalidad: _____ DUI: _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____

Dirección residencial: _____

Dirección de clínica: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono clínica: _____

Teléfono celular: _____ E-mail: _____

Graduado de la Universidad de: _____

Entrenamiento de Postgrado (lugar y fecha): _____

Sub-especialidad: _____

Cargos actuales: _____

Firmas de dos médicos fundadores de la Asociación de Pediatría de El Salvador que respaldan la solicitud:

Nombre: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Firma: _____

Solicitante

Firma: _____ Sello: _____

* Favor adjuntar documentación solicitada en la siguiente página