



SOLICITUD DE INGRESO EN LA SECHC

Para hacerse miembro de la SECHC debe reunir los requisitos expresados en los estatutos de la sociedad.

Rellene todos los campos del formulario y envíelo a:

Sociedad Española de Cirugía de Hombro y Codo (SECHC)
TORRES PARDO, DIPUTACIÓN 401 BAJOS -08013 BARCELONA

O bien mediante fax al: **93-231-79-72**

Nota: debe incluir la firma de dos Miembros numerarios que lo avalen.

DOCUMENTOS A APORTAR:

- Currículum Vitae
- Publicaciones y aportaciones a Congresos relacionados con la Patología de Hombro y Codo.
- Formulario de solicitud completamente relleno.

FORMULARIO DE SOLICITUD:

Dr. D.:

Solicita ingresar en la SECHC como: Miembro Numerario Miembro Asociado

Para lo cual aporta los siguientes datos:

Nacido el día: de: de: .

Licenciado en la Universidad de: , el año: .

Doctor por la Universidad de: , el año: .

Estando Colegiado en la ciudad de: , con el número:

Domicilio:

Población:

C.P.:

Provincia:

Tfno. Particular:

Fax:

E-Mail:

Centro Trabajo:	<input type="text"/>	
Dirección:	<input type="text"/>	
Población:	<input type="text"/>	C.P.: <input type="text"/>
Provincia:	<input type="text"/>	
Teléfono:	<input type="text"/>	Fax: <input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	

Desea ser excluido de los listados SECOT que se faciliten a terceros, para información científica:

Si No

Orden de pago por domiciliación bancaria:

Titular de la Cuenta:

Sr. Tesorero de la SEHC: Por la presente ruego a Vd. tome debida nota de la domiciliación de mis cuotas en dicha Asociación en:

Banco / caja:

Domicilio:

Ciudad: C.P.:

ENTIDAD	OFICINA	D.C.	Nº CUENTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En _____, a _____, de _____ de 2_____

Presentado por los siguientes miembros numerarios de la SEHC:

Dr.: Firma:

Dr.: Firma: