Boletín de Inscripción Capítulo Español de Flebología y Linfología

Datos del Nuevo Socio:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos Dr./Dra: |  |
| Domicilio: |  |
| Población: |  | C.P.: | Provincia/País: |
| Teléfono: |  | Fax: | D.N.I O pasaporte: |
| E-mail: |  |
| Fecha de solicitud: |  |

Lugar de trabajo:

|  |  |
| --- | --- |
| Centro de Trabajo: |  |
| Teléfono lugar de Trabajo: |  |

Solicita ingreso como: (\* Marque con una “x” su opción)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Miembro Numerario (Especialidad en Angiología y Cirugía Vascular) |
|  | Miembro Agregado (Licenciados en Medicina, Médicos Internos Residentes o con titulación en ciencias de la salud distintas a la Medicina) |
|  **del Capítulo Español de Flebología y Linfología de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular.** |

Datos Profesionales:

|  |  |
| --- | --- |
| Año de licenciatura o fin de carrera: |  |
| Especialidad: |  |
| Resumen Actividad Asistencial relacionada Flebología: |  |

Miembros Numerarios proponentes:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos | Firma:  |
| Nombre y Apellidos | Firma: |

Firma

Cuota anual de socio: 30€

Puede consultar la documentación necesaria para formalizar la inscripción
en la página web: www.capitulodeflebologia.org