



## FICHA DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

La Plata, ..... de 2020

Señor Presidente de la A.C.U.B.A

**Asociación Civil Urológica de Buenos Aires**

Dr.:

El que suscribe:

**Solicita ingresar a la Asociación Civil Urológica de Buenos Aires como Miembro:**

TITULAR  ADHERENTE  ASOCIADO   
AFILIADO  HONORARIO  VITALICIO

**Siendo presentado por los Miembros Titulares**

1. Dr:..... Firma.....

2. Dr:..... Firma.....

**Domicilio Particular:**

Nº                      Piso                      Dto  
Localidad:                      CP:

**Domicilio Profesional:**

Nº                      Piso                      Dto  
Localidad:                      CP:

E-mail (particular):

E-mail (profesional):

DNI/LE/LC:

Nacionalidad:

Fecha Nacimiento:    /    /    .

**A.C.U.B.A**

**ASOCIACIÓN CIVIL UROLÓGICA DE BUENOS AIRES**



Profesión:

Fecha de Egresado:

Lugar:

Título Universitario:

Universidad:

Especialidad

Fecha otorgado: / / .

Matrícula Provincial:

Distrito:

Fecha Mat: / / .

Matrícula Nacional:

Distrito:

Fecha Mat: / / .

Institución a la que pertenece:

Miembro de otras Asociaciones o Sociedades:

(\* ) *Completar con letra clara e imprenta. Adjuntar Fotocopia Título, de Especialista y CV reducido*

*Firma y Aclaración del Postulante*

**A.C.U.B.A**

---

**ASOCIACIÓN CIVIL UROLÓGICA DE BUENOS AIRES**

---

51 n° 723. (1900) Ciudad de La Plata. Buenos Aires. Argentina. mail: [asociacion@acuba.ar](mailto:asociacion@acuba.ar)