



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):

DNI/LE/LC:

Fecha Nacimiento: / / .

E-mail (profesional):

Nacionalidad:

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