



ASOCIACIÓN INTERDISCIPLINARIA ARGENTINA DE CICATRIZACIÓN DE HERIDAS

Fecha/...../.....

SOLICITUD DE INGRESO COMO MIEMBRO ADHERENTE

Apellido y Nombre

Fecha de nacimiento...../...../..... Tipo y N° de documento.....

Domicilio particular.....CP.....

Localidad.....Provincia.....País.....

Teléfono móvil.....Correo electrónico.....

Egresado deTítulo obtenido.....

Especialidad.....Egresado de

Institución donde trabaja.....

Matrícula nacionalMatrícula provincial.....

.....
Firma y aclaración
Socio AIACH que lo presenta

.....
Firma y aclaración
Socio AIACH que lo presenta

He completado con datos verdaderos este formulario. He leído y comprendido todo lo explicado acerca de mi condición sobre socio adherente.

.....
Firma del postulante

.....
Aclaración



info@aiach.org.ar



[aiach_ok](#)



[011-3010-4714](tel:011-3010-4714)



[AIACH](#)



Asociación Interdisciplinaria
Argentina de Cicatrización de Heridas.



www.aiach.org.ar