

## Solicitud de Ingreso como asociado

### Datos personales del Solicitante:

Nombre y Apellido:

Nacido en: el día mes: año  
 Nacionalidad Matrícula N Matrícula P  
 Tipo y N° de documento CUIT N°  
 Domicilio Part N° Barrio  
 Localidad Provincia  
 Código Postal Teléfono fijo (0 )  
 Teléfono Celular( ) E-mail

Es persona expuesta políticamente: (PEP) Si No

Título de Médico

Universidad de Fecha de Egreso:

Especialidades: 1 ) 2 )

Título de Especialista en Otorgado por (Entidad Ministerio, Universidad, Científica)

1 ) 2 )

Centro de Formación en la Especialidad de ( Hospital, Institución)

1 ) Residencia: Concurrencia: (Marque)

Fecha de Ingreso: Fecha de Finalización :

Lugar y Fecha:

Señor/a Presidente de GADECCU

El que suscribe, Doctor/a solicita

ingresar a GADECCU como Socio titular\*  
 Socio adherente\*\*

Presentado por el Doctor/a:

Dr

Avalado su Incorporación por

Dr

que firman la presente

Firma del Solicitante

**IMPORTANTE: Esta ficha debe ser presentada completando todos los campos y adjuntando un CV**

\* Los que tengan Título universitario de Médico especializado en Gastroenterología y Gastroenterología Infantil; ejerzan su actividad investigadora, asistencial y docencia principal en el campo de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal

\*\* Médicos de especialidades afines, Farmacia, Biología, Enfermería, Nutrición, Químicas u otras Ciencias relacionadas con las necesidades asistenciales y de investigación, salud mental, médicos cirujanos, auxiliares de la medicina, etc., cuyos trabajos o interés profesional estén relacionados con el desarrollo de los fines de la Asociación