



SOLICITUD DE ADMISIÓN MIEMBRO ACTIVO

Apellidos _____ Nombre _____

Año de nacimiento _____ Año de Graduación Estomatología / Odontología _____

Colegio Regional Odont./Estom. _____ Nº Colegiado _____

Año Ingreso SEDO _____ Categoría de Miembro _____

Dedicación en exclusiva a la Ortodoncia desde el año _____

Tipo de Práctica: Individual ____ Asociada ____ En grupo ____ Asalariada _____

Domicilio Consulta Principal _____

Ciudad _____ C.P. _____

Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____

Consulta Satélite (Ciudad) _____ Teléfono _____

FORMACIÓN CONTINUADA

Universidad del Postgrado _____ Año _____

Director del Postgrado de Ortodoncia _____

Dirección _____ Ciudad _____ País _____

CERTIFICO CON MI FIRMA LA AUTENTICIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS

Firma:

1º Miembro Activo Avalante _____ Firma _____

2º Miembro Activo Avalante _____ Firma _____

*La solicitud se acompañará de copia del certificado o diploma del curso de postgrado universitario obtenido.

Fecha de la Solicitud _____