



ASOCIACIÓN INTERDISCIPLINARIA ARGENTINA DE CICATRIZACIÓN DE HERIDAS

Fecha:/...../.....

SOLICITUD DE INGRESO COMO MIEMBRO ADHERENTE

Apellido y Nombre: Fecha de nacimiento:

Tipo y Nº de documento:

CUIT:

Nacionalidad:

Domicilio particular: CP:

Localidad: Provincia:

País:

Teléfono móvil: Correo electrónico:

Egresado de: Título obtenido:

Especialidad: Egresado de:

Estudiante (indicar carrera y año en curso)

Institución donde estudia.....

Institución donde trabaja:

Matrícula nacional: Matrícula provincial:

**Enviar con resumen de CV actualizado adjunto*

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

 [AIACH](#)

 [Asociacion Interdisciplinaria Argentina de Cicatrizacion de Heridas.](#)

 www.aiach.org.ar