



**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](mailto:info@aiach.org.ar)

 [aiach\\_ok](#)

 011-3010-4714

 [AIACH](#)

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

 [www.aiach.org.ar](http://www.aiach.org.ar)