



# SOCIEDAD GALLEGA DE PATOLOGIA DIGESTIVA

## SOLICITUD DE ADMISIÓN

Don:.....Edad:..... años

Domicilio:.....Nº.....Piso .....

Código Postal:.....Ciudad:..... Provincia:.....

Telf:.....Email.....

Licenciado en Medicina por la Facultad de:..... Año:.....

Lugar de Trabajo: .....

Cargo que ocupa: .....

Especialista: SI  NO

En caso afirmativo: Especialista en.....en el año:.....

Solicita ser admitido como miembro NUMERARIO en la SOCIEDAD GALLEGA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA, siendo presentado por los Socios Numerarios:

Dr.:..... Dr.:.....

Relacionando en el reverso resumen de los méritos profesionales.

.....a.....de.....de 2009

Dr.:..... Dr.:.....

**SEÑOR PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD GALLEGA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA**

RELACIÓN RESUMIDA DE MÉRITOS PROFESIONALES Y CIENTÍFICOS

COMITÉ DE ADMISIÓN: SI  NO

Observaciones:.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Domiciliación bancaria del cobro de recibos: BANCO.....  
Sucursal.....nºc/c .....  
Localidad .....

Fdo.:.....

(Remitir esta solicitud a la Secretaría. Mbkarma. C/Caracas, 3 - Entreplanta - 36203 Vigo)