



SOCIEDAD GALLEGA DE PATOLOGIA DIGESTIVA

BOLETÍN DE ADMISIÓN (M.I.R.)

Don.....Edad.....años

Domicilio.....nº.....piso.....letra

Código postal.....Ciudad.....Provincia.....

Licenciado en Medicina por la Universidad de.....Año.....

M.I.R. Determinar Especialidad

Año de Residencia.....Fecha finalización MIR.....

Centro de trabajo.....Cargo.....

Teléfono.....e-mail.....

Solicita ser admitido como SOCIO M.I.R en la Sociedad Gallega de Patología Digestiva, siendo presentado por los Socios Numerarios:

Dr.....Dr.....

Firma

Firma

.....a.....de.....año.....

Firmado

Finalizada la formación M.I.R. pasará a Socio Numerario con abono de cuota