



ASOCIACION ARGENTINA DE ORTOPEDIA
FUNCIONAL DE LOS MAXILARES

Solicitud de Ingreso

Fecha

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____ Tel.: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Domicilio Laboral: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____ Tel.: _____

Títulos que posee: _____

Documento: D.N.I./C.I./L.E. _____ Otorgada por: _____

Matrícula Profesional Nro.: _____ Otorgada por: _____

Por la presente solicito sea aceptado mi ingreso como miembro de esa Asociación; aceptando en todas sus partes los Estatutos y Reglamentos internos que la rigen

Socios Presentantes	
Firma	Aclaración
Firma	Aclaración
Firma del solicitante	

Reservado para Comisión Directiva	
Ingresa como Miembro	
Aceptado elde 200.....	
Secretario	Presidente