



SOLICITUD DE ADMISIÓN MIEMBRO ACTIVO

Apellidos _____ Nombre _____

Año de nacimiento _____ Año de Graduación Estomatología / Odontología _____

Colegio Regional Odont./Estom. _____ No Colegiado _____

Año Ingreso SEDO _____ Categoría de Miembro _____

Dedicación en exclusiva a la Ortodoncia desde el año _____

Tipo de Práctica: Individual _____ Asociada _____ En grupo _____ Asalariada _____

Domicilio Consulta Principal _____

Ciudad _____ C.P. _____

Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____

Consulta Satélite (Ciudad) _____ Teléfono _____

FORMACIÓN POSTGRADUADA

Universidad del Postgrado _____ Año _____

Director del Postgrado de Ortodoncia _____

Dirección _____ Ciudad _____ País _____

CERTIFICO CON MI FIRMA LA AUTENTICIDAD DE LOS DATOS CONSIGNADOS

Firma del solicitante:

1^{er} Miembro Activo Avalante: Nombre _____ Firma _____

2^o Miembro Activo Avalante: Nombre _____ Firma _____

*La solicitud se acompañará de copia del certificado o diploma del curso de postgrado universitario obtenido.

Fecha de la solicitud _____