



Asociación de Ginecología y Obstetricia de Guatemala

SOLICITUD DE INGRESO

1er. Nombre	2do. Nombre	Fecha de solicitud ____/____/____ dd/mm/aaaa	
1er. Apellido	2do. Apellido	Apellido de casada	
Fecha de Nacimiento ____/____/____ dd/mm/aaaa	Número de cédula	Número de colegiado (si aplica)	
Nivel Profesional (escoja uno): <input type="checkbox"/> Ginecólogo y Obstetra <input type="checkbox"/> Médico y Cirujano(a) <input type="checkbox"/> Residente de Gineco-Obstetricia ○ IV ○ III ○ II ○ I <input type="checkbox"/> Enfermera(o) profesional <input type="checkbox"/> Estudiante de Ciencias de la Salud <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> Comadrona <input type="checkbox"/> Otro _____ especifique			
Dirección <input type="checkbox"/> usar esta dirección para recibir correspondencia		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;">Fotografía reciente tamaño cédula (no más de 6 meses)</div>	
Dirección clínica <input type="checkbox"/> usar esta dirección para recibir correspondencia			
Teléfono casa	Teléfono clínica		Teléfono celular
Teléfono Fax	Beeper no.		Correo Electrónico
Deseo Ingresar a la Asociación de Ginecología y Obstetricia en la clase de asociado: (escoja uno) <input type="checkbox"/> Asociado Especialista <input type="checkbox"/> Asociado Adscrito <input type="checkbox"/> Asociado Médico Residente <input type="checkbox"/> Asociado Afines a la Especialidad <input type="checkbox"/> Asociado Estudiante de Ciencias de la Salud			
Padrinos de Ingreso a AGOG			
_____ Nombre		_____ Nombre	
_____ Firma		_____ Firma	
_____ Sello		_____ Sello	

Al firmar esta solicitud de ingreso, certifico que la información provista en este formulario es verídica y correcta. Entiendo que cualquier respuesta falsa o errónea puede ser razón para perder la elegibilidad e inscripción a la AGOG.

Firma

Sello

