



SOCIEDAD MÉDICA DE SANTIAGO

FUNDADA EN 1869

(Sociedad Chilena de Medicina Interna)

Bernarda Morin 488 - Providencia

Fono 2-27535500 - Fax 2-27535599

Casilla 168 Correo 55 Santiago 9

smschile@smschile.cl www.smschile.cl

SOLICITUD DE INGRESO

SOLICITUD DE REINGRESO

SANTIAGO, DE 20

SEÑOR PRESIDENTE:

Ruego a usted se sirva someter esta solicitud a la tramitación correspondiente a fin de ser admitido como socio de la "SOCIEDAD MEDICA DE SANTIAGO" que usted preside.

FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE _____

RUT _____ FECHA NACIMIENTO _____

NACIONALIDAD _____ UNIVERSIDAD EGRESO _____

FECHA REVALIDA _____

FECHA TITULO _____ # COLEGIO MEDICO _____ CERTIFICADO POR CONACEM

ESPECIALIDAD EN MEDICINA INTERNA: SI NO CERTIFICADO POR: UNIVERSIDAD

ESPECIALIDAD _____ SUBESPECIALIDAD _____

DOMICILIO _____ COMUNA / CIUDAD _____

DIRECCIÓN POSTAL _____

TELÉFONO _____ CELULAR _____ EMAIL _____

INSTITUCIÓN / HOSPITAL EN QUE TRABAJA _____

ESCRIBA CON CLARIDAD

A ESTA SOLICITUD DEBE ADJUNTARSE UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE TITULO y un currículum resumido – si es médico extranjero – reconocimiento en Chile.

(Completado por Sociedad Médica)

EL DIRECTORIO después de considerar la presente solicitud informa que el solicitante indicado fue Aceptado como socio en sesión de Directorio de (Fecha) _____

TARJETA DIPLOMA COMPUTACIÓN CARTA