

# ASOCIACIÓN ARGENTINA DE BRONCOESOFAGOLOGÍA

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

APELLIDO:.....  
NOMBRES:.....  
EDAD:.....FECHA DE NACIMIENTO:.....DNI:.....  
DOMICILIO: .....CODIGO POSTAL:..... CIUDAD:  
..... PROVINCIA:.....  
TE: Particular:..... Celular:.....  
E-mail:.....

UNIVERSIDAD:..... AÑO DE GRADUACION:.....  
MATRICULA: Nacional:..... Provincial:.....

### FORMACIÓN DE POSTGRADO:

AÑO DE COMIENZO:..... AÑO DE FINALIZACION:.....  
INSTITUCIÓN:..... ESPECIALIDAD:.....

### FORMACIÓN ENDOSCOPICA:

AÑO DE COMIENZO:..... AÑO DE FINALIZACION:.....  
INSTITUCIÓN:..... TUTOR:.....

### INSTITUCIÓN EN LA QUE SE DESEMPEÑA:

1)-..... DESDE:.....  
2)- ..... DESDE:.....  
3)- ..... DESDE:.....  
4)- ..... DESDE:.....

### Formas de Pago Cuota Social 2018: \$2000.

Efectivo

Transferencia por Cbu: 0720496220000000017686

Banco Santander Rio

Cuit :30-70748162-1

FIRMA:.....

FECHA:.....