

Fecha de Ingreso: _____

FICHA DE ASOCIACIÓN

Desea inscribirse como socio activo o adherente? Por favor, marcar:

Activo:

☐

Adherente:

☐

*Miembro pleno de la Asociación
Cuota mensual: \$ 5000*

*Colaborador voluntario. Aporte mensual
a voluntad.*

Le interesa recibir
información sobre
nuestras actividades:

SI

NO

☐☐

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellido:

Ocupación / Profesión:

Documento:

Domicilio de Correspondencia:

Teléfono de Contacto:

E-Mail:

RELACION CON EL SUH

Por favor, comentar:

Paciente de SUH o familiar:

☐

Profesional relacionado:

☐

Otros:

☐

Firma