



FORMULARIO MÉDICOS TRAUMATÓLOGOS

NOMBRE Y APELLIDO:

TÍTULO: MÉDICO

ESPECIALIDAD: ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

ORIENTACIÓN*:

Artroscopia	<input type="checkbox"/>	Mano y Miembro Superior	<input type="checkbox"/>	Hombro y Codo	<input type="checkbox"/>
Ortopedia Oncología	<input type="checkbox"/>	Columna	<input type="checkbox"/>	Pierna y Pie	<input type="checkbox"/>
Trauma Ortopedico	<input type="checkbox"/>	Deporte	<input type="checkbox"/>	Cadera y Rodilla	<input type="checkbox"/>
Neuro Ortopedia	<input type="checkbox"/>	Asami	<input type="checkbox"/>	Ortopedia Infantil	<input type="checkbox"/>
Ortopedia General	<input type="checkbox"/>				

Deberá enviar certificado de la orientación o ser miembro de la sociedad integrante correspondiente.

DATOS PROFESIONALES

Dirección:

Ciudad:

Provincia:

Código Postal:

Barrio/zona**:

País:

Telefono:

Celular:

E-mail:

Matricula Nacional/Provincial:

Idioma:

Autorizo a la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología a publicar mis datos en el sitio web de esta institución www.aaot.org.ar para que tanto profesionales como público general puedan acceder a esta información.

.....
FIRMA

.....
ACLARACIÓN

.....
DNI/PASAPORTE