



# ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

## FICHA DE INSCRIPCIÓN

CODIGO

CATEGORIA SOCIETARIA

RESIDENTE

ADHERENTE

ADHERENTE EXTRANJERO

NOMBRE/S

APELLIDO/S

DATOS PERSONALES	DATOS PROFESIONALES (Consultorio)
DIRECCIÓN:	DIRECCIÓN:
CIUDAD:	CIUDAD:
PROVINCIA	PROVINCIA:
CÓDIGO POSTAL:	CÓDIGO POSTAL:
PAÍS:	PAÍS:
TELEFONO:	TELEFONO:
FAX:	FECHA DE EGRESADO COMO MEDICO:
CELULAR	FECHA DE INGRESO A LA RESIDENCIA:
E-MAIL:	HOSPITAL DONDE REALIZA LA RESIDENCIA:
DOCUMENTO: C.I./L.E/D.N.I.	RESIDENCIA RECONOCIDA POR LA AAOT: SI NO
FECHA DE NACIMIENTO:	MATRICULA NACIONAL:
	PROVINCIAL:

Presentado por (dos Miembros Honorarios, Vitalicios, Titulares, Certificados o Adherentes de la AAOT)

FIRMA:.....ACLARACIÓN.....

FIRMA:.....ACLARACIÓN.....

*Miembros Adherentes:* Adjuntar fotocopia simple del título de médico.

*Miembros Residentes:* deberán presentar título Argentino y nota firmada por el Jefe de la Residencia/Servicio certificando fecha de ingreso a la misma. En el caso que la Residencia no se encuentre reconocida al momento de la inscripción por la AAOT, deberá abonar cuota social equivalente a la categoría Miembro Adherente – 10 años.-

Si usted desea que incorporemos en nuestro sitio web **www.aaot.org.ar** los datos del lugar en el que presta servicio (teléfono, dirección y correo electrónico) así como la orientación (por ejemplo pierna y pie; columna; etc) y si maneja algún idioma (inglés; francés; italiano), solicitamos que complete correctamente los campos en el sector de la derecha “Datos Profesionales” aclarando la Zona (por ejemplo Palermo; Lanús Este; xxx) y firme conformidad a continuación.

De esta manera autoriza a la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología a publicar sus datos para que tanto profesionales como público general puedan acceder a esta información.

.....  
FIRMA

.....  
ACLARACIÓN