



SOCIEDAD GALLEGA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

SO.GA.C.O.T.

SOLICITUD DE ADMISIÓN

DATOS PERSONALES:

Nombre: _____

Apellidos: _____

Dirección: _____

Código Postal: _____ Ciudad: _____

Teléfono: _____ Teléfono móvil: _____

Correo Electrónico: _____

DNI nº: _____ Fecha de nacimiento: _____

Categoría Profesional: M.I.R. en el _____ año de formación.

Especialista en: _____

Otra: _____

Nº de Cuenta corriente: IBAN: _____

Año de finalización formación como M.I.R.: _____

Lugar de Trabajo: _____

Según los Estatutos de la Sociedad la Solicitud de ingreso en la misma debe ser avalada por dos Socios de número.

Nombre: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Firma: _____

Firma del solicitante

En _____, a _____ de _____ de _____.