



FORMULARIO DE SOLICITUD DE ALTA_ SOCIO SECCA

A la atención del Presidente SECCA,

Por la presente, solicito mi admisión como Socio SECCA

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

CATEGORÍA PROFESIONAL ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y
TRAUMATOLOGÍA
 MÉDICO INTERNO RESIDENTE EN CIRUGÍA
ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLGÍA

CENTRO/HOSPITAL _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD _____

CODIGO POSTAL _____

DIRECCIÓN DOMICILIO PARTICULAR _____

TELÉFONO _____

EMAIL _____

FIRMA _____

FECHA _____

SOCIO SECCA QUE PROPORCIONA AVAL

NOMBRE Y APELLIDOS _____

FIRMA _____

FECHA _____