



FICHA DE INSCRIPCION

CODIGO

CATEGORIA SOCIETARIA

JUNIOR

ADHERENTE

ADHERENTE EXTRANJERO

NOMBRE/S

APELLIDO/S

DATOS PERSONALES	DATOS PROFESIONALES
DIRECCION PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA:	CONSULT./CLINICA /HOSPITAL ACTUAL:
CIUDAD:	DIRECCIÓN:
PROVINCIA:	CIUDAD:
CODIGO POSTAL:	PROVINCIA:
PAIS:	CODIGO POSTAL:
TELEFONO PART.	PAIS:
FAX:	TEL. PARA PÚBLICO GRAL.:
E-MAIL:	FAX:
CELULAR:	FECHA DE EGRESADO COMO MEDICO:
DOCUMENTO: C.I./L.E/D.N.I.	FECHA DE INGRESO A LA A.A.O.T:
FECHA DE NACIMIENTO:	HOSPITAL DONDE REALIZÓ LA RESIDENCIA:
NACIONALIDAD:	MATRICULA NACIONAL: PROVINCIAL:
MAS DE 200 KM. (S/N):	ESPECIALISTA: A.A.O.T. <input type="checkbox"/> Nº
	NAC. <input type="checkbox"/> Nº PROVINCIAL <input type="checkbox"/> Nº

Presentado por (dos Miembros Honorarios, Vitalicios o Titulares de la A.A.O.T.) :

FIRMA:.....SELLO PROF.....

FIRMA:.....SELLO PROF.....

Adjuntar fotocopia simple del título de médico

Miembros Juniors: deberán presentar nota firmada por el Jefe de Servicio certificando que el interesado es residente o concurrente a un Servicio de Ortopedia y Traumatología reconocido por la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología