



SOLICITUD DE AFILIACION

Doctora

Milagritos J. Fernández Larrauri

Presidenta de la SOPEMFYC

Me complace dirigirme a usted, soy el Dr.(a) _____

_____, con DNI N° _____, CMP N° _____, RNE N° _____

de la Universidad _____ de la Provincia

de _____, Departamento _____ País _____

Solicito ser admitido como socio de la **ASOCIACION PERUANA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**, en mi calidad de _____

(señalar si es Especialista o Residente 1, 2 o 3)

con lo que además me comprometo a cumplir con los estatutos y las disposiciones de la Asamblea y el Consejo Directivo Nacional.

Con la presente solicitud, me comprometo a entregar los siguientes documentos a la brevedad posible:

- a) Copia simple del título de médico cirujano y registro del CMP. ()
- b) Copia del título de médico especialista ()
- c) Constancia de habilidad médica actualizada ()
- d) Currículum vitae no documentado. ()
- e) Indique organización donde labora actualmente ()

Además, en referencia al Artículo N° 22 del Capítulo IV de los Estatutos, con la única obligación de abonar el pago de la cuota de inscripción más el primer trimestre en curso a la firma de la presente solicitud.

_____, _____ de _____ del _____.

Firma