

## Registro de Asociado

.....  
Apellidos y Nombres

.....  
Fecha de ingreso                      Lugar de nacimiento                      Fecha de nacimiento

.....  
Fecha de título de Médico - Cirujano                      Fecha de título de Especialidad

.....  
DNI    CMP    RNE

.....  
Dirección

.....  
Correo electrónico

.....  
Celular

A la firma de este registro me comprometo a cumplir con la institución y sus estatutos, así mismo acepto que se me descuenta mensualmente la cuota de membresía.

\_\_\_\_\_  
Firma y huella del asociado

\_\_\_\_\_  
Dra. Vilma Santivañez  
Presidente

\_\_\_\_\_  
Dr. Oswaldo Canales  
Secretario