



Aplicación Miembro de Número SEOO

Nombres: _____ Apellidos _____ Sexo: M_ F_

C.I.: _____ Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Domicilio: _____ Ciudad: _____

Dirección Consultorio principal: _____ Ciudad: _____

Fono Casa: _____ Fono Consultorio: _____ Celular: _____

E-mail: _____ web site: _____

Estudios de Pregrado Universidad: _____

Ciudad: _____ País: _____ Año de Graduación: _____

Estudios de Posgrado: _____ Título: _____

Ciudad: _____ País: _____

Estudios de Posgrado: _____ Título: _____

Ciudad: _____ País: _____

Declaro libre y voluntariamente mi deseo de pertenecer a la Sociedad Ecuatoriana de Ortodoncia y Ortopedia a través de su filial Azuay en calidad de miembro de número, y que las respuestas a todas las preguntas en esta solicitud son verdaderas y completas, por lo que acepto y autorizo a que la SEOO pueda confirmar mis datos y calificaciones, así mismo me comprometo a cumplir con los estatutos, código de ética y políticas de la SEOO.

Firma: _____

Fecha: _____

Escriba su nombre como desea que aparezca en el certificado



www.sooa.ec

Los requisitos deberán ser escaneados y enviados vía mail a sortazuay@hotmail.com:

- Fotocopia a color de cédula de identidad.
- Fotocopia a color de diploma odontólogo.
- Fotocopia a color del título de especialista/ maestría.
- Certificado de senescyt, lo puede obtener de <https://www.senescyt.gob.ec/web/guest/consultas>
- Solicitudes de incorporación a la sociedad patrocinada por dos socios activos.
- Aplicación de miembro de número con foto actualizada tamaño carnet.
- Comprobante de depósito a nombre de la Sociedad de Ortodoncia y Ortopedia del Azuay, cuenta de ahorros **Banco Pichincha # 2100158285**, RUC: 0190440877001.

Directorio Sociedad Ecuatoriana de Ortodoncia y Ortopedia
Filial Azuay