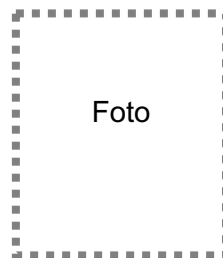




www.sooa.ec



Aplicación Socio Estudiante 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: _____

Estudiante de Posgrado: _____ Año que esta cursando: _____

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 socio estudiante, 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 Estudiante: _____ Fecha: _____

Escriba su nombre como desea que aparezca en el certificado

Verificación de socio estudiante

Por la presente, certifico que el/la postulante es estudiante regular de la especialización en Ortodoncia de la institución en la cual trabajo.

Nombre director/a de la especialización de Ortodoncia	Título
Firma y sello director/a	mail
	Fecha



www.sooa.ec

Los requisitos deberán ser escaneados y enviados vía mail a info@sooa.ec

- Solicitud dirigida al presidente de la SEOO.
- Fotocopia a color de diploma Odontólogo.
- Fotocopia a color de cédula de identidad.
- Aplicación de socio estudiante con foto actualizada tamaño carnet.
- Certificado de estudiante regular de la especialidad de Ortodoncia.
- 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