

## Aplicación Socio de Número SEOO

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Dirección Consultorio principal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Fono Casa: \_\_\_\_\_ Fono Consultorio: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

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 socio 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 Email a [sortazuay@hotmail.com](mailto: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>
- Solicitud de incorporación a la sociedad patrocinada por dos socios activos.
- Aplicación de socio de número con foto actualizada tamaño carnet.
- Comprobante de depósito a nombre de la Sociedad de Ortodoncia y Ortopedia del Azuay, cuenta corriente **Banco Pichincha # 2100158285**, RUC: 0190440877001.