



ASOCIACION PROTESICOS DENTALES DE LABORATORIO ZONA SUD

ALSINA 981 (1828) BANFIELD Pcia. de Buenos Aires Tel. 4202-5985

Email: info@asosud.org.ar

SOLICITUD DE INGRESO

.....de.....

SOCIO N°.....

CATEGORIA.....

Apellido.....Nombres.....

Nacido el.....de..... de..... Nacionalidad.....

Estado CivilDNI C.I.....

Domicilio..... N°..... Depto..... CP.....

Localidad..... Provincia.....Tel. Particular.....

Teléfono del Laboratorio..... Celular.....

Mail..... Pagina web.....

Estudios: Primario Secundario Terciario Universitario

Título otorgado porFecha de egreso

Matrícula Provincial N° Matrícula Nacional N°

Especialidad actual.....

Si es estudiante: Entidad donde cursa

Fecha de ingreso Año que cursa

.....

Firma del socio

Presentado por

Aprobado en SesiónActa..... Folio.....