

Datos a completar SOCIOS SUSCRIPTORES - **ENFERMERÍA**

SOCIEDAD DE HEMATOLOGÍA DEL URUGUAY

|  |  |
| --- | --- |
| Campos a completar |  |
| **Nombre** |  |
| **Apellido** |  |
| **Cédula de identidad** |  |
| **Correo electrónico** |  |
| **Ciudad / Departamento** |  |
| **Celular de contacto** |  |
| **Lugar/es de trabajo** |  |
| **Profesión**  (marcar con una cruz) | Auxiliar  Licenciado |
| Información para el solicitante  Clase de Socio - SUSCRIPTOR | Derechos de los SOCIOS SUSCRIPTORES   * 1. participar de las Asambleas con voz y sin voto.   2. Utilizar los diversos servicios sociales.   3. Promover ante la Comisión Directiva iniciativas tendientes al mejoramiento de la Institución.   NOTA: la afiliación para enfermería como socio suscriptor no tiene costo. |

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enviar al siguiente correo electrónico: [secretariashu@shu.com.uy](mailto:secretariashu@shu.com.uy)

Fecha de envío: ---- / ---- / ----

Una vez recibida la solicitud se presentará a la comisión directiva de la SHU. En un plazo no mayor a 15 días le enviaremos respuesta con la confirmación correspondiente.