

Datos a completar SOCIOS

SOCIEDAD DE HEMATOLOGÍA DEL URUGUAY

|  |  |
| --- | --- |
| CAMPOS A COMPLETAR |  |
| Nombre |  |
| Apellido |  |
| Cédula de identidad |  |
| Correo electrónico |  |
| Domicilio |  |
| Ciudad  |  |
| Departamento |  |
| Celular de contacto |  |
| Lugar/es de trabajo |  |
| Año de recibido de médico |  |
| Año de recibido de hematólogo(en caso de corresponder) | Opciones (marcar con una cruz)* Año de recibido de hematólogo \_\_\_\_\_\_\_\_
* Año de recibido de médico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (informar si es residente y que año está cursando o si es  postgrado |
| Clase de Socio | * Socio Activo
* Socio Suscriptor
 |
| Aranceles  | * Más de cinco años de recibido de hematólogo – $u 500
* Menos de cinco años de recibido de hematólogo – $u 400
* Residente – $u 300
* Postgrado – $u 300
 |
| Formas de pago (marcar con una cruz) | * Tarjeta de crédito VISA
* Tarjeta de crédito OCA
* Transferencia bancaria
 |

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

Enviar al siguiente correo electrónico: secretariashu@shu.com.uy

Fecha de envío: ---- / ---- / ----

NOTA: para ingresar como asociado se requerirá solicitud de dos socios de la SHU

Nombre socio SHU \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre socio SHU \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de identidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_