

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](mailto: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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_