



SOLICITUD DE INGRESO

Nombre _____

Natural de _____ D.O.B _____

Estado Civil _____ Nombre del Cónyuge _____

Graduado en Medicina _____ Odontología _____ Año _____

En la Universidad de _____ País _____

Especializado en _____

Con Licencia de Estado de _____ No. _____

Con Licencia de Estado de _____ No. _____

Dirección Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____

Dirección Oficina _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono _____ Fax _____

Email _____ website _____

Enviar Correspondencia a: Domicilio Oficina

Ha pertenecido anteriormente a esta Sociedad? No Sí Cuándo? _____

El Suscrito solicita ingreso en la Sociedad Médico-Dental Hispanoamericana de Nueva York, Inc con los derechos y obligaciones inherentes de acuerdo con los actuales Estatutos.

Firma _____ Fecha _____

Miembros activos que apoyan esta solicitud:

1) _____

2) _____

Para uso de la Comisión de Admisiones

Solicitud Aceptada _____ Negada _____

Presidente de la Comisión de Admisiones _____

Fecha _____

- Favor Incluir:
- 1- Copia de su actual certificado de registro de odontólogo o médico y Currículum Vitae.
 - 1- Cheque por \$175.00 a nombre de: **Spanish American Medical Dental Society of New York**, por el primer año de inscripción. En caso de que su solicitud sea negada, este dinero le será reembolsado.

Enviar su solicitud y pago a: **COMISION DE ADMISIONES**
SPANISH AMERICAN MEDICAL DENTAL SOCIETY OF NY
865 Merrick Ave., Suite 170 N
Westbury, NY 11590