



Sociedad Chilena de
Obstetricia y Ginecología
Fundada en 1935
Afliada a F.I.G.O. y F.L.A.S.O.G.

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN SOCIO

Nombres y Apellidos:		
Fecha de nacimiento:	R.U.T.:	Nacionalidad:
Domicilio particular:	Comuna:	Ciudad:
Teléfonos: ()	Celular	E-mail: @
Dirección consulta:	Ciudad	
Dirección hospital:	Ciudad	
Teléfonos: ()	Comuna	
Título Profesional:	Fax: ()	
Fecha de Título:	Fecha especialidad/años:	

FIRMA

NOTA:

Sochog tomará contacto con el postulante para solicitar el envío de los siguientes antecedentes:

1. Currículum.
2. Fotocopia certificado título de Médico – Cirujano especialista en Obstetricia o Ginecología u otra especialidad a fin.
3. Fotocopia certificado título de profesión relacionada al área de la salud.
4. Optativamente, carta patrocinada por dos socios de Sochog.

FECHA DE INGRESO: ____ / ____ / ____

Román Díaz 205 – Oficina 205 – Providencia – Santiago - Chile
Teléfono 2350133 – Fax (56-2) 2351294 – e. mail: sochog@entelchile.net

.....
www.sochog.cl