



**A la atención del Sr. Secretario General de la
Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular**

El /La Dr./Dra.

(Nombre y dos apellidos) -----

Nacido/a en

(Provincia, país) -----

Con domicilio actual en

(calle, nº, código postal, provincia, país) -----

SOLICITA

SER ADMITIDO/A COMO MIEMBRO

ASOCIADO Ó NUMERARIO-----

(Numerario tras dos años de Asociado)

de la **Sociedad Española de Cirugía Torácica y Cardiovascular.**

Firma

Nombre y Apellidos -----

Fecha -----

SE ADJUNTA:

- 1) FOTOCOPIA DEL TÍTULO PROFESIONAL
 - 2) CURRICULUM VITAE RESUMIDO
 - 3) DOS FOTOGRAFÍAS TAMAÑO CARNET
 - 4) CARTA DE PRESENTACIÓN DE TRES MIEMBROS NUMERARIOS
 - 5) HOJA CON DATOS PERSONALES (Anexa)
 - 6) ORDEN DE PAGO BANCARIA DE CUOTAS (Remitirla a la Entidad Bancaria del/la solicitante) (Anexa)
 - 7) TALÓN BANCARIO A NOMBRE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA TORACICA Y CARDIOVASCULAR POR EL IMPORTE DE LA CUOTA DEL AÑO EN CURSO :

Miembros Asociados -----	30 Euros
Miembros Numerarios -----	60 Euros
 - 8) FOTOCOPIA DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA CARDIOVASCULAR ó TORACICA (Sólo los Miembros Numerarios).
-

Nota: *La principal diferencia entre la condición de Miembro Asociado y Miembro Numerario consiste en que los Miembros Numerarios tienen derecho a voto en las Asambleas Generales de la Sociedad y pueden ser elegidos para cargos en la Junta Directiva.*



HOJA CON DATOS PERSONALES

Apellidos -----

Nombre ----- Fecha Nacimiento -----

Dirección -----

C.P. ----- Ciudad/Provincia/País -----

D.N.I. -----

Teléfono Domicilio -----

Tel. Hospital -----

Tel. Consulta -----

Tel. Móvil -----

Fax Domicilio -----

Fax Hospital -----

Fax Consulta -----

Correo Electrónico -----

Autorizo a utilizar el correo electrónico como medio de comunicación oficial entre la SECTCV y yo siempre que las condiciones técnicas lo permitan: Sí No

Banco -----

Número de Cuenta (Por favor 20 dígitos) -----

Tipo de Socio ----- Fecha Alta (Mes, Año Asamblea) -----

Cargos, Fechas en la Directiva (Sólo Numerarios) -----

Estudios de Medicina: Lugar y Fecha Terminación -----

Doctorado: Universidad y Fecha Terminación -----

Residencia: Hospital y Fecha Terminación -----

Título Especialista en Cirugía Cardiovascular, Año Obtención -----

Cargo Público, Lugar de Trabajo actual -----

ORDEN DE PAGO BANCARIA

Entidad Bancaria -----

Dirección Sucursal -----

Muy Sres. Míos:

Ruego a Uds. hagan efectivos, con cargo a mi cuenta nº -----

el recibo que anualmente les pasará al cobro la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA TORÁCICA Y
CARDIOVASCULAR.

Atentamente

Firma

Nombre y Apellidos -----

Fecha -----
