



Member of the International Federation of Associations of Pharmaceutical Physicians

Sociedad Argentina de Medicina Farmacéutica

SOLICITUD DE INGRESO

Enviar a: samefa@gmail.com o en Secretaría: M.T. de Alvear 2270; Tel: 4966-2800

Solicito por medio de la presente mi admisión como socio de la SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA FARMACEUTICA SAMEFA (SAMEFA), adjuntando mis datos personales y profesionales.

Buenos Aires, de de 200..

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: DNI N°:

Fecha de nacimiento:/...../..... Nacionalidad:

Domicilio particular: Localidad: CP: Prov.:

Tel: Móvil: E-Mail part:

Lugar de trabajo: Domicilio:

Teléfono: Fax: E-mail:

DATOS ACADÉMICOS:

Título: Matrícula Nac.: Egresado Universidad de: Año:

Títulos de Post-Grado: Expedido por: Año:

Especialista en: En actividad desde:

¿Desempeña tareas relacionadas con la Medicina Farmacéutica?

¿En qué sector / es?..... Funciones desempeñadas*:

Si desempeña actividades docentes indicar cuáles y dónde*:

*información para ser usada exclusivamente en actividades de SAMEFA.

Presentado por:

Aprobado por la Comisión Directiva el día: de de

Inscripto en el Padrón con el Número de Asociado: