

ASOCIACIÓN MENDOCINA DE NEUROLOGÍA CLÍNICA

SOLICITUD DE INGRESO

REQUISITOS

- a) **Socio fundador:** Médicos neurólogos clínicos que asistieron y firmaron el acta de constitución.
- b) **Socio activo o titular:** Ser médico neurólogo clínico, con la especialidad debidamente acreditada, siendo excluyente el ejercicio de la Neurocirugía. Presentar esta nota firmada por el solicitante y dos socios titulares que avalen este pedido. Ser aceptado por la comisión directiva o por las personas que la misma designe. No registrar sanciones disciplinarias no resueltas aplicadas por la Sociedad Neurológica Argentina ni por la AMNC.
- c) **Socio adherente:** Los que deseen colaborar con los fines de la entidad y que por alguna razón no puedan ingresar como socios activos o titulares, colaborando con una cuota social fijada a tal efecto.
- d) **Socio honorario:** Serán designados por la asamblea extraordinaria, a propuesta de la comisión directiva o de un 50% de los asociados con derecho a voto. Es una mera mención honorífica, en atención de servicios prestados a la asociación que hayan redundado en beneficios para la entidad y/o por determinadas condiciones personales o acciones para con la comunidad.
- e) **Socio residente:** Ser médico que esté realizando su formación en neurología clínica mediante sistema de residencia o concurrencia debidamente acreditado. Deberán presentar nota de admisión firmada por el solicitante y dos socios titulares que avalen su pedido. Ser aceptado por la comisión directiva o por las personas que la misma designe. No registrar sanciones disciplinarias no resueltas aplicadas por la Sociedad Neurológica Argentina ni por la AMNC.

CATEGORÍA: Activo o titular ___ Adherente ___ Residente ___

Apellido y Nombre _____
Documento de identidad (tipo y número) _____ Fecha de nacimiento _____
Domicilio particular _____ N° _____ Piso _____ Dto _____ CP _____
Localidad _____ Tel/Fax _____ E mail _____
Profesión _____ Especialidad _____ Subespecialidad _____
Mat. Nacional _____ Mat. Provincial _____
Egresado de _____ Año _____
Domicilio profesional _____ N° _____ Piso _____ Dto _____ CP _____
Localidad _____ Tel/Fax _____ E mail _____
Hospital _____
Títulos académicos _____
Actividad docente en _____

AVAL ESCRITO DE LOS SOCIOS PRESENTADORES

Apellido y nombre del socio presentador

Dirección

Categoría

Firma

Apellido y nombre del socio presentador

Dirección

Categoría

Firma

Firma del solicitante
