

SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE PATOLOGÍA

SOLICITUD DE INGRESO (Imprimir)

Nombre:		Apellido:	
Edad:	Lugar de Origen:		Fecha de graduación:
Adiestramiento (Anatomía Patológica y Patología Clínica):			
Lugar (es):			
Fecha (s):	Lugar de Trabajo:		
Dirección:			
Tel/Fax:	e-mail:	Ciudad:	
Domicilio Particular:			
Tel/Fax:	e-mail:	Ciudad:	
Indique su Dirección para Correspondencia:			
Línea de Interés en Patología:			
Nombre y Firma de Dos Miembros de la Sociedad que lo proponen:			
Nombre:		Firma:	
Nombre:		Firma:	

Firma del Solicitante

Dr. Moisés Espino Durán

Sociedad Latinoamericana de Patología

Apdo. 0816-04840

Panamá 5, Panamá

Telefax: (507) 226-9259

Correo electrónico: mespino@cableonda.net