

**ASOCIACIÓN ARGENTINA DE HEMOTERAPIA, INMUNOHEMATOLOGÍA Y TERAPIA CELULAR**

**Solicitud de Ingreso**

Apellidos: .....

Nombres: ..... Nacionalidad:.....

Lugar y Fecha de Nacimiento: ..... N° de documento: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

Código Postal: ..... Provincia: ..... País: .....

Teléfono Particular:..... Celular..... E-mail: .....

**Título de:**

- MÉDICO, Universidad de ..... Egresado Año: .....
- Matrícula Provincial N°..... Matrícula Nacional N°.....
- ESPECIALISTA EN HEMOTERAPIA..... SI/NO, Año ..... Expedido por .....
- BIOQUÍMICO, Univ. De ..... Egresado Año: .....Matrícula N°.....
- TÉCNICO, Escuela de..... Egresado Año: .....Matrícula Nr.....
- ESTUDIANTE DE HEMOTERAPIA. Cursa año ..... Escuela de .....

Lugar de trabajo:..... Teléfono:.....

Cargos desempeñados: .....

Cargo actual:.....

PRESENTADO POR DOS MIEMBROS TITULARES DE LA AAHITC:

Dr. .... Firma: .....

Dr. .... Firma: .....

**RECUERDE:** *Para solicitar la Baja de la Asociación deberá estar con Cuota Anual Societaria al día, y presentar una Carta Formal a la Secretaría de la AAHITC a: [secretaria@aahi.org.ar](mailto:secretaria@aahi.org.ar)*

Fecha: ..... Firma del Solicitante: .....

**IMPORTANTE:** *Acompañar con Fotocopias del Título Legalizado, de la Matrícula y de su Documento Personal de Identidad (Ambos Lados todo)*