



## Sociedad Venezolana de Mastología

Av. José M. Vargas, Torre del Colegio, piso 2, ofc. 2-C, Santa Fe Norte, Caracas 1080, Venezuela

Teléfono: (58212) 979-8635, fax: (58212) 9764941, e-mail:

[mastologia@svmastologia.org](mailto:mastologia@svmastologia.org) / [svmastologia@gmail.com](mailto:svmastologia@gmail.com) /web: [www.svmastologia.org](http://www.svmastologia.org)

### SOLICITUD DE INSCRIPCION como Miembro:

<b>Fecha de la Solicitud:</b>		<b>Para miembro: Asociado ( X ), Titular (    ), Otro:</b>	
<b>Apellidos:</b>		<b>Nombres:</b>	
<b>C.I. #:</b>			
<b>Fecha de Nacimiento:</b>		<b>Lugar de Nacimiento:</b>	
<b>Dirección Postal: (Donde se le enviará su correspondencia)</b>			
<b>Ciudad :</b>		<b>Estado:</b>	<b>País:</b>
<b>Datos de contacto:</b>			
<b>Telf. Consulta:</b>		<b>Celular:</b>	
<b>Telf. Habitación:</b>		<b>Fax:</b>	
<b>E-Mail:</b>		<b>Otros:</b>	
<b>Consultorio (lugar):</b>			
<b>Dirección Consultorio:</b>			
<b>Miembro del Colegio de Médicos del (lugar):</b>			<b>Número de C.M.:</b>
<b>Si es miembro de otras Sociedades Científicas, indique cuales:</b>			
<b>Especialidad:</b>	<b>Institución:</b>	<b>Fecha de Grado:</b>	
<b>Historia de Entrenamiento:</b>	<b>Institución:</b>	<b>Fecha de Grado</b>	
<b>Historia Asistencial</b>			
<b>Institución:</b>	<b>Cargo:</b>	<b>Fechas (Períodos)</b>	
1)	 	 	
2)	 	 	
3)	 	 	
<b>Referencia de Tres (3) Miembros titulares de la Sociedad Venezolana de Mastología</b>			
<b>Nombres:</b>		<b>Firmas:</b>	
1)		 	
2)		 	
3)		 	
<b>Aprobado en reunión de Directiva de fecha:</b>		<b>Aprobado por:</b>	



## REQUISITOS PARA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO MIEMBRO

1. Formular su solicitud por escrito dirigida al Presidente y demás miembros de la Junta Directiva Sociedad Venezolana de Mastología acompañada de su Currículo Vitae con soportes:

- ❖ Título de Médico
- ❖ Título de Especialidad
- ❖ Certificación de Especialidad
- ❖ Código Deontológico
- ❖ Solvencia del Colegio de Médicos
- ❖ Fotocopia de Cédula de identidad
- ❖ Foto Carnet reciente

2. Anexar planilla de solicitud de Inscripción, que deberá ser respaldada por tres Miembros Titulares de la Sociedad Venezolana de Mastología.

3. Enviar los requisitos solicitados al e-mail:  
[svmastología@gmail.com](mailto:svmastología@gmail.com) identificando cada documento de la siguiente manera: Apellidos y nombres, C.I., y nombre del documento.

**Cualquier información adicional puede solicitarla en la secretaría de la  
S.V.M. a través de los teléfonos: (0212) 979 86 35 / (0212) 976 49 41**