



Sociedad Neurológica Argentina

Filial de la Federación Mundial de Neurología

Thames 2127, (C1425FIC) Buenos Aires, Argentina

Tel. Fax: (54-11) 4773-5850 - 4899-0582

E-mail: sociedadneurológica@arnet.com.ar

SOLICITUD DE INGRESO

REQUISITOS

Activos: a) Título de médico; b) 2 años como socio adjunto al momento de presentar la solicitud; c) Dedicación preponderante a las Neurociencias, acreditada por currículum; d) Desarrollar tareas científicas dentro del país; e) Contar con el aval escrito de dos socios Activos; f) Presentar un trabajo original vinculado a las neurociencias, individual o en colaboración, publicado o no, con una antigüedad no mayor de dos años en su realización, el cual deberá ser aprobado por el Jurado de Admisión; g) Abonar la cuota societaria anual.

Adjuntos: a) Título de médico; b) 2 años de graduado al momento de presentar la solicitud; c) Dedicación por las Neurociencias o disciplinas afines; d) Desempeñar sus tareas dentro del país; e) Aval escrito de dos socios Activos acompañado por un resumen del currículum o bien el punto f) para socios Activos; f) Abonar la cuota anual.

Adherentes: a) Título de médico o profesional universitario no médico; b) 4 años de graduado; c) Aval escrito de dos socios Activos; d) Abonar la cuota societaria anual.

Honorarios: Especialistas nacionales o extranjeros, los cuales serán nombrados en la Asamblea Anual Ordinaria a propuesta de la Comisión Directiva, por los servicios que han prestado a la Sociedad o por una destacada actuación científica en las neurociencias nacionales o internacionales. Es una mención honorífica sin derechos ni obligaciones. No abonan la cuota societaria.

Vitalicios: Especialistas que hayan cumplido 65 años y tengan una antigüedad societaria ininterrumpida de 30 años. No abonan la cuota societaria.

CATEGORÍA: Activo Adjunto Adherente Honorario Vitalicio

Apellido y Nombre						
Documento de Identidad: Tipo / N°				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	Apellido y Nombre del Socio presentador
Dirección	Dirección
Categoría	Categoría

Firma	Firma
-------	-------

Firma del solicitante