

ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA PANAMEÑA

Solicitud de admisión B/. 25.00

Solicitud de readmisión B/. 25.00

Miembro:

Capítulo:

Esta solicitud está sujeta a la aprobación de la junta directiva, de no ser aprobada el pago no será reembolsado.

Se requiere que entregue los siguientes documentos con el presente formulario de inscripción.

Copia del diploma radiografía panorámica copia de cédula copia certificado CICBO foto tipo carné copia de idoneidad (si tiene) copia de post-grado (si tiene)

Presidente AOP:

Solicito a través de la presente, el ser admitido como miembro a la Asociación Odontológica Panameña, prometo cumplir y respetar los Estatutos, Código de Ética y Reglamento Interno que rigen la A.O.P.

Firma del solicitante:

Fecha de solicitud: DIA /MES /AÑO

COMPROMISO DE PAGO/ elija forma de pago de la cuota anual

B/. 200.00 (1 solo pago antes de abril)

B/. 100.00 (2 pagos - febrero y agosto)

B/. 50.00 (4 pagos – febrero, mayo, agosto, octubre)

B/. 18.20 (descuento directo traer, ficha copia de cédula y llenar formulario correspondiente)

INFORMACIÓN GENERAL

Nombres: / Apellidos: /
 Fecha de nacimiento: Día: Mes: Año: Tipo sanguíneo: RH -/ +
 N° Cédula: N° S.S.: Sexo femenino sexo masculino
 Soltero Casado Nombre y apellido del cónyuge:

Dirección residencial:

Teléfono residencial: Celular: e-mail:

DATOS ACADÉMICOS: N° de registro de certificación básica en odontología:

Universidad: País: Año: Idoneidad CTS. N °: año:
 Especialidad: Filial:

DATOS LABORALES:

Labora en: C.S.S. M.I.N.S.A. PRIVADA UNIVERSIDAD

Dirección laboral:

Teléfonos:

Nombre de clínica:

Provincia: Distrito: Corregimiento:

Aprobación de la Junta Directiva Sede AOP

Firma Presidente AOP:

Firma del Tesorero:

Firma Presidente Capitular:

Firma Tesorero Capitular: