**ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA PANAMEÑA** 

**Solicitud de admisión B/. 25.00 Miembro N°***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**Solicitud de readmisión B/. 150.00 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 copia de cédula foto tipo carnet copia certificado CICBO***

***radiografía panorámica*** *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***

* *B/. 200.00 (1 solo pago antes de abril)*
* *B/. 100.00 (2 pagos - febrero y agosto)*
* *B/. 67.00 (3 pagos - febrero, junio, octubre.)*
* *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

*\_\_Sexo femenino \_\_ sexo masculino*

*NOMBRES\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_APELLIDOS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Fecha de nacimiento: Día: \_\_\_\_\_\_\_\_Mes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Año\_\_\_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo \_\_\_\_\_\_\_RH\_\_\_\_ – / +*

*N° Cédula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° S.S.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*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 de AOP***

*Firma Presidente AOP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Tesorero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma Presidente Capitular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma Tesorero Capitular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Dirección Sede AOP: Bella Vista, Campo Alegre Edificio Advanced 099 piso 12 oficinas C y D, Tel.269-1603 - 263-2060 Cel.6614-4710*

*email:* [*aop@aopan.org*](mailto:aop@aopan.org)[*aodontologicap@gmail.com*](mailto:aodontologicap@gmail.com) *Pág. WEB: www.aopan.org*