



Ficha de Incorporación

Miembro Asociado

Sr(a). Dr(a).:
PRESIDENTE(A) DE LA SOCIEDAD PERUANA DE PEDIATRÍA:

Yo, _____

Domiciliado en: _____

Solicito a usted mi incorporación en la Sociedad que dignamente dirige, para cuyo efecto acompaño:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Título de Médico Cirujano | <input type="checkbox"/> Currículum Vitae documentado |
| <input type="checkbox"/> Título de Médico Pediatra o de especialidades afines | <input type="checkbox"/> Diploma de Recertificación (Según corresponda) |
| <input type="checkbox"/> Constancia de habilidad expedida por CMP | <input type="checkbox"/> Pago por derecho de Incorporación a la SPP |
| <input type="checkbox"/> Carta Presentación de dos miembros SPP titulares hábiles | |

Lima, ____ de _____ de 20____

Firma

DNI N° _____

Miembros titulares

Nombres y apellidos	Firma
_____	_____
_____	_____

En sesión de la fecha, los Vocales de Ética y Calificación Profesional acuerda aceptar la solicitud presentada.

Lima, ____ de _____ de 20____

Vocal de Ética y Calificación
Profesional

Vocal de Ética y Calificación
Profesional

En la fecha, con el informe favorable de los Comités y habiendo cumplido con todos los requisitos, se aprueba la incorporación solicitada, en calidad de Miembro ASOCIADO / TITULAR / CORRESPONDIENTE.

Debiendo presentar su trabajo el día: _____

Secretario(a) General

Presidente(a)

Habiendo tomado conocimiento que la sociedad Peruana de Pediatría ha aceptado mi incorporación me comprometo a cumplir con las disposiciones de los estatutos y reglamento vigente y con pleno conocimiento del Artículo 8, inciso B de los Estatutos, autorizo a través de mi Centro de Trabajo se me descuenta mensualmente de mis haberes por planilla de pago, el importe de mis compromisos contraídos con la Sociedad Peruana de Pediatría.

Ficha de Datos Personales

		N° de Registro	
Fecha		N° DNI	
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Nombres			
Cargo asistencial			
Cargo Docente			
Estudios de Pre- Grado			
Estudios de Post-Grado (Residencia)			
Estudios de Maestría			
Estudios de Doctorado			
Fecha de Graduación	N° CMP	N° Reg. Especialidad Pediatría	
Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento	
Domicilio		Teléfono	
Consultorio		Teléfono	
Centro de trabajo		Teléfono	
e-Mail		Teléfono Celular	

Es indispensable el correcto llenado de ambas hojas y adjuntar los documentos que sustenten los requisitos solicitados

Nota: Los pagos se deben hacer en nuestras Cuentas Corrientes:

- Por concepto de Incorporación \$50 (Cincuenta Dólares Americanos)
Banco BBVA Continental M.E. 0353-0100004372
Banco de Crédito M.E. 193-1475916-1-50

- Para el pago por concepto de las cuotas anuales, obligatoriamente se debe firmar la autorización de débito automático (recurrente) de VISANET