



**SOCIEDAD IBEROLATINOAMERICANA DE  
NEURORRADIOLOGIA DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA  
SOLICITUD DE MEMBRESIA**

Fotografía

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_

**País:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**FAX:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Universidad a la cual esté afiliado/a:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **País:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **FAX:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Otra institución y/o práctica privada:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **País:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **FAX:** \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**ENTRENAMIENTO Y PRACTICA PROFESIONAL**

**A. Tipo de Residencia:** \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Director del Programa: \_\_\_\_\_

Desde año \_\_\_\_\_ al año \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**B. Fellowship en Neurorradiología (si es pertinente):**

Institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Director del Programa: \_\_\_\_\_

Desde año \_\_\_\_\_ Al Año \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**C. Certificado de Especialidad**

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**D. Cual es su más reciente práctica profesional?**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para uso de SILAN: Fecha de Asamblea General: \_\_\_\_\_

Candidato aceptado: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Socio # \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_