



**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 # ___ - _____