A.F.A.L.P.
Asociación de Foniatría Audiología y Logopedia Platense
Av. 39 Nº 323 – La Plata (1900) - Tel/fax 0221-4259281 info@afalp.org.ar / www.afalp.org.ar

SOLICITUD DE INSCRIPCION

La Plata, ... de ..... de 20.....

A la Presidente de la
A. F. A. L. P.

El/La que suscribe..... domiciliado/a en

.....de la ciudad de..... CP..... Tel.

..... Mat.Prov..... LE-DNI-LC ....., fecha de nacimiento.....,

solicita su incorporación a A.F.A.L.P., como socio ..... (Activo o Adherente)

Fax:..... e-mail:.....

.....
firma y sello

Firma de dos proponentes

....

Aclaración de las firmas

....

Actividad desarrollada por el solicitante en Foniatría, Audiología y/o Logopedia:

Títulos..... Fecha:.....

..... Fecha:.....

Expedidos por.....

Lugar donde trabaja .....

.....

.....

Otros antecedentes .....

.....

Excusivo para uso de la Comisión Directiva:

Recibido el..... Aprobado el.....

Pagó ..... Factura Nº ..... Socio Nº .....