



Estimado Colega: Si Ud. no se halla inscripto en nuestra sociedad, puede hacerlo remitiendo la siguiente ficha con sus datos por correo o por fax a la nueva sede: Hospital San Juan de Dios de La Plata, Calle 27 y 70, C.P. 1900, La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Tel/Fax 0221-4528807, hsjdedios@intramed.net.ar o secretaria@stnba.org.ar. También podrá hacerlo a través de nuestra página web: www.stnba.org.ar

Cuota anual: Por resolución de asamblea del 26/4/2008, será equivalente al valor de un bono categoría B de la obra social IOMA (valor a Mayo de 2008 \$ 40.25.

Sociedad de Tisiología y Neumonología de la Provincia de Buenos Aires

Solicitud de Inscripción

FECHA _____

APELLIDO _____

NOMBRES _____

DIRECCION: CALLE _____ N° _____ PISO _____ DTO. _____

CP _____ LOCALIDAD _____ PARTIDO _____

TELEFONO _____ E-MAIL _____

NACIONALIDAD _____

ESPECIALIDAD _____

UNIVERSIDAD DE EGRESO _____

AÑO _____

Indique las áreas de su interés

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ASMA Y ENFERMEDADES OBSTRUCTIVAS | <input type="checkbox"/> ONCOLOGIA RESPIRATORIA
ENDOSCOPIA RESPIRATORIA |
| <input type="checkbox"/> FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA | <input type="checkbox"/> IMAGENES |
| <input type="checkbox"/> INTERSTICIOPATIAS | <input type="checkbox"/> PEDIATRIA |
| <input type="checkbox"/> MEDICINA DEL SUENO | <input type="checkbox"/> CIRUGIA TORACICA |
| <input type="checkbox"/> EPIDEMIOLOGIA Y TABAQUISMO | <input type="checkbox"/> OTRAS: (detallar) |
| <input type="checkbox"/> NEUMONOLOGIA CLINICA
INFECCIONES RESPIRATORIAS | _____ |
| <input type="checkbox"/> MEDICINA CRITICA | _____ |