



Sociedad Venezolana de Oftalmología

PLANILLA DE SOLICITUD DE INCORPORACIÓN
MIEMBRO DE LA S.V.O.

Para Uso de la Sociedad Venezolana de Oftalmología			
Aprobado:	Rechazado :	Fecha: / / 2018	Firma por JD:

(Favor escribir en letra de imprenta)

Apellidos: _____

Nombres: _____

Cédula de Identidad: _____ Fecha de Incorporación: **2018**

Categoría: _____ Sub Especialidad: _____

Recaudos Obligatorios a Entregar: (Carpeta Manila)

- a) Carta dirigida a la Junta Directiva de la S.V.O., manifestando su deseo de incorporación a la SVO.
- b) Síntesis Curricular y Copia de la Cédula de Identidad.
- c) Dos (2) cartas de presentación firmadas por dos (2) Miembros Titulares o Asociados SVO.
- d) Copia del Título de Médico Cirujano y Fondo Negro Título de Especialista en Oftalmología.
- e) Constancia Art. 8 . (Ley Ejercicio de la Medicina)
- f) Solvencia y Constancia Deontológica del Colegio Medico.
- g) Fondo Negro Título de Técnico en Oftalmología. (Solo Técnicos)

Dirección de Consultorio: _____

Teléfono: _____

Dirección de Habitación: _____

Teléfono Local: _____ Móvil Celular: _____

Correos Electrónicos: _____

Cuota de Incorporación: Bs.S 500,00

Anualidad 2.018 Especialista: BsS. 15.000,00

Anualidad 2.018 Técnico : BsS. 7.000,00

Comprobante N° _____ A Cta: ()Bancaribe ()Banplus ()Mercantil ()Provincial

A nombre de: **Sociedad Venezolana de Oftalmología** R.I.F.: **J-30015259-6**

Cta. Cte. Bco. BANCARIBE: 0114- 0172- 48 -1725000118

Cta. Cte. Bco. BANPLUS: 0174- 0131- 98 -1314337419

Cta. Cte. Bco. PROVINCIAL : 0108- 0021- 83 -0100030327

Cta. Cte. Bco. MERCANTIL: 0105- 0193- 80- 1193133300

E-mail envío de Pagos: **tesoreria@svo.org.ve**

Revisado por: _____