SOCIEDAD VENEZOLANA DE OFTALMOLOGIA

PLANILLA DE INGRESO
CURSO DE CIENCIAS BÁSICAS "DRA. SILVIA SALINAS"

Av. Luis de Camoes, Ctro. Gerencial Loma Vista, Piso 4, Ofic. 4-2, Urb. La Jolla, Macaracuay. (Al lado del C.C. XPRESS Macaracuay) - Telf.: +58 212 419-2644
Email:svocursobasico@gmail.com;svofacturacion@gmail.com

FECHA DE INGRESO
2025

(Favor escribir en letra de imprenta)

APELLIDOS

NOMBRES

CEDULA DE IDENTIDAD

CATEGORIA
- Residente 1
- Residente 2
- Residente 3
- Otro

Recaudos <u>Obligatorios</u> : (Enviar en Archivo PDF Formulario On Line Página Web SVO)

a) Planilla de Inscripción con todos sus Datos.
b) Síntesis Curricular y Copia de la Cédula de Identidad / Pasaporte (Extranjeros).
c) Constancia de Aprobación de la Institución de Postgrado.
d) Copia y Fondo Negro del Título de Médico Cirujano.
e) Solvencia y Constancia Deontológica del Colegio Médico.
f) Constancia del Art. 8 (Ley de Ejercicio de la Medicina) / Exequátur (Extranjeros).

Institución de Postgrado: _____

Teléfono Local:

Móvil Celular:

Email:

Dirección de Habitación: _____

-*Inscripción Nacionales : (USD 50,oo) **-*Inscripción Extranjeros: (US$ 70,oo)**

1-Pago Móvil : 0412-6048209 – RIF J-300152596 – Bco. Bancaribe (Con envío Soporte de Pago y Datos)
2-Transferencia en BS.: (Tasa Referencial SMC BCV)
A nombre de: **Sociedad Venezolana de Oftalmología** - R.I.F.: **J-300152596** - E-mail: **administracion@svo.org.ve**

Cta. Cte. Bco. BANCARIBE: 0114- 0172- 48 -1725000118
Cta. Cte. Bco. MERCANTIL: 0105- 0193- 80- 1193133300
Cta. Cte. Bco. BANPLUS: 0174- 0131- 98 -1314337419

Comprobante N°: **Banco Emisor:** **Banco Receptor:**
3-Opción Zelle: (Solicite email solo Msj Texto Whatsapp +58 412-6048209) **Zelle N°:**

SOLO PARA USO DE LA S.V.O.

O **APROBADO** REVISADO POR____**SMS**_____ APROBADO POR JD_____

O **NO Aprobado**