



GRUPO CAHT
GRUPO COOPERATIVO ARGENTINO
DE HEMOSTASIA Y TROMBOSIS

Solicitud de Inscripción al Grupo CAHT

Instrucciones para el aspirante

1. Llenar este formulario
2. Hacer firmar el mismo por un Miembro Activo del Grupo CAHT
3. Entregar a la Comisión Directiva del Grupo CAHT

Miembro Activo del Grupo CAHT que presenta

Apellidos y Nombres: _____

Firma: _____

Para la Comisión Directiva del Grupo CAHT

Fecha de recepción de la solicitud: __/__/_____

Fecha de aceptación de la solicitud: __/__/_____

Lugar: _____ Fecha: __/__/_____

- **Datos Personales** (todos los campos deben ser completados con letra de imprenta):

Apellidos y Nombres: _____

Documento Nacional de Identidad: _____ Matrícula: _____

e-mail principal: _____

e-mail alternativo: _____

País: _____

Tel. laboral: () _____ Tel. móvil () _____

Profesión: Médico – Bioquímico – Biólogo – Otra (especificar): _____

Lugar de trabajo: _____

Firma y aclaración

GRUPO CAHT

Luis Sáenz Peña 342 Piso 9, Dto. A
(C1110AAH) Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
TEL / FAX +54 11 43 84 58 02
info@grupocaht.com