



## ANEXO I SOLICITUD DE ADHESION VOLUNTARIA

**ADHESION PARA CERTIFICACION**  **RECERTIFICACION**  (marque lo que corresponda)

Registro N° AAFH-CECE: .....- ..... (No completar, espacio reservado para AAFH-CECE).

(Sírvese completar con letra de imprenta legible ó formato electrónico. Si se encuentra algún campo incompleto, la solicitud será devuelta al firmante).

EL/LA QUE SUSCRIBE, FARMACÉUTICO/A (apellido y nombre) .....

Con DOCUMENTO DE IDENTIDAD (tipo y número) .....con MATRICULA FARMACEUTICA N° ..... Expedida por el COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE ..... ó MINISTERIO (según corresponda).

TITULO DE FARMACEUTICO expedido por UNIVERSIDAD .....

Fecha de expedición: ..... / ..... / .....

CON EJERCICIO PROFESIONAL ACTUAL EN (establecimiento de Salud ).....

Sito en calle .....N° ..... Localidad ..... CP .....Provincia .....

Teléfono: ..... CON .....(Número y letras) AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN EL EJERCICIO EFECTIVO DE LA PROFESION FARMACEUTICA y .....(número y letras) AÑOS DE ANTIGÜEDAD CONSECUTIVOS E INMEDIATOS ANTERIORES A (fecha determinada cada año por la Comisión directiva) .....EN EL EJERCICIO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA, **completar solo para certificación.**

Con REGISTRO SOCIETARIO EN LA CATEGORIA..... DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE FARMACEUTICOS DE HOSPITAL.

Con DOMICILIO PARTICULAR EN calle..... N° ..... Dto..... CP.....

Localidad .....Provincia.....

Teléfono.....E-mail.....

Manifiesta conocer y aceptar el Reglamento General de Certificación y Recertificación Profesional de la Especialidad en Farmacia Hospitalaria de la Asociación Argentina de Farmacéuticos de Hospital, solicitando se registre su adhesión voluntaria para certificar la Especialidad Farmacia Hospitalaria en *fecha determinada cada año por la Comisión directiva.*

En (localidad) ....., a los .....días del mes de .....del año....., se firma el presente en carácter de **Declaración jurada** al pie, en prueba de conformidad.

FIRMA

ACLARACION