

ANEXO I

SOLICITUD DE ADHESION VOLUNTARIA

Adhesión para: CERTIFICACION: _____ RECERTIFICACION: _____

Registro N° AAFH-CECE: _____

(No completar, espacio reservado para AAFH-CECE)

El/La _____ que suscribe, Farmacéutico/a (apellido y nombre) _____ con documento de identidad (tipo y número) _____, Matrícula Farmacéutica N° _____, expedida por el Colegio de Farmacéuticos/Ministerio de _____, título de farmacéutico expedido por la Universidad _____, fecha de expedición: _____; con ejercicio profesional actual en el establecimiento de salud: _____, sito en calle _____ N° _____, localidad _____, provincia _____, código postal, _____ teléfono: _____ con _____ años de antigüedad (número y letras) en el ejercicio efectivo de la profesión farmacéutica y _____ años de antigüedad (número y letras), en el ejercicio de la farmacia hospitalaria. 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 (AAFH), solicitando se registre su adhesión voluntaria para certificar la Especialidad en Farmacia Hospitalaria en la fecha determinada por la Comisión Directiva, con registro societario en la categoría _____ de la AAFH, con domicilio particular en calle _____ N° _____ dpto _____, localidad _____, provincia _____, teléfono _____, correo electrónico: _____.

En la localidad de _____, 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

Nota: Sírvasse completar con letra de imprenta legible o formato electrónico. Si se encuentra algún campo incompleto, la solicitud será devuelta al firmante.