

SOCIEDAD ARGENTINA DE ADMINISTRACIÓN DE ORGANIZACIONES

DE ATENCIÓN DE LA SALUD Y SALUD PÚBLICA.

ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

**Formulario para solicitud de beca**

(Financiada por el Ministerio de Salud de la Nación)

(Completar y enviar a [congreso.independencia2016@gmail.com](mailto:congreso.independencia2016@gmail.com) )

Apellido y Nombre: ... ...........................................................................................................................

Lugar de trabajo:.....................................................................................................................................

Dirección: .......................................................................................................................................

Ciudad: .........................................................................................................................................

Provincia: .....................................................CP ........................ País: ………………………….

Domicilio particular.......................................................................................................................

Tel: ....................................... Fax .................... E-mail:.............................................................

Profesión ……………………………………………Antigüedad………………………………..

Especialidad o área de Experiencia ……………………………………………….…………….

Si es estudiante indicar Carrera e Institución educativa………………………………………..

**Socio de AMA SI NO**

**Socio de ADMISAL SI NO**

**Desea hacerse socio? SI NO**

Qué temas le interesaría que se aborden en los próximos congresos:

Firma: (puede agregar firma digital o firmar, imprimir en PDF o escanear y enviar por e-mail)

Se le confirmará por la misma vía el otorgamiento de la beca.