



Ficha de Inscripción para afiliación al Capítulo de Fisioterapia Respiratoria SOPEMI

Fecha: _____

1. Nombres y apellidos: _____

2. Dirección: _____

3. Fecha de nacimiento: _____ DNI: _____

4. Teléfono fijo: _____ Celular: _____

5. E-mail: _____

6. Estado civil: _____

7. Centro laboral: _____

8. Especialidad: _____

8. N° de CTMP: _____ N° RNE: _____

9. Idiomas (indique nivel): _____

10. Miembro de alguna Asociación o Sociedad, ¿Indique Cual? _____

11. Temas de interés: _____
