



PROPUESTA DE ADHESIÓN A LA ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA

Puede remitirnos este formulario por correo electrónico a secretaria.amn@kenes.com

Por favor, seleccione con una "X" el motivo del envío del formulario:

<input type="checkbox"/>	SOLICITUD DE ADHESIÓN
<input type="checkbox"/>	ACTUALIZACIÓN DE DATOS
<input type="checkbox"/>	DIRECTORIO DE NEUROLOGOS

DATOS PERSONALES

APELLIDOS:		
NOMBRE:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
DIRECCIÓN PARTICULAR:		
POBLACIÓN:	PROVINCIA:	C.P.:
TELÉFONO MÓVIL:		
CORREO ELECTRÓNICO:		
Rogamos escriba su dirección de e-mail correctamente pues contactaremos con Ud. por este medio		

DATOS ACADÉMICOS Y PROFESIONALES

<u>NIVEL ACADÉMICO:</u> <input type="checkbox"/> Doctor en Medicina <input type="checkbox"/> Licenciado en Medicina <input type="checkbox"/> Otras (Especifique): _____	<u>ESPECIALIDAD:</u> <input type="checkbox"/> Neurología <input type="checkbox"/> Otras (Especifique): _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FACULTAD donde cursó los estudios de LICENCIATURA:

--

Realizó la ESPECIALIDAD en:

	Duración:
--	-----------

CENTRO DE TRABAJO

SERVICIO:		
HOSPITAL:		
DIRECCIÓN:		
POBLACIÓN:	PROVINCIA:	C.P.:
TELÉFONO SERVICIO:		
CORREO ELECTRÓNICO:		
Rogamos escriba su dirección de e-mail correctamente pues contactaremos con Ud. por este medio		

Firma:

En _____, a _____ de _____ de 201__

CARTA DE PRESENTACIÓN DE NUEVOS SOCIOS
ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA

Yo, el abajo firmante, Dr./a. D./Dña. _____,
socio de la AMN, conozco la alta calificación profesional y moral del Dr. /a.
_____ y, en consecuencia,
considero oportuno proponer su candidatura para Socio Numerario de la
Asociación Madrileña de Neurología.

Firmado: _____

En _____, a _____ de _____ de 201__

CARTA DE PRESENTACIÓN DE NUEVOS SOCIOS
ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE NEUROLOGÍA

Yo, el abajo firmante, Dr./a. D./Dña. _____,
socio de la AMN, conozco la alta calificación profesional y moral del Dr. /a.
_____ y, en consecuencia,
considero oportuno proponer su candidatura para Socio Numerario de la
Asociación Madrileña de Neurología.

Firmado: _____

En _____, a _____ de _____ de 201__



FORMULARIO DE ADHESIÓN GRUPOS DE ESTUDIO AMN

Si es usted asociado de la AMN y está interesado en formar parte de alguno de los grupos de estudio de la Asociación, por favor, cumplimente este formulario y remítalo a la Secretaría por fax al número +34 91 355 9208 o bien por correo electrónico a secretaria.amn@kenes.com.

Nombre Completo: _____

Según la disposición adicional primera del Reglamento de Régimen Interno de los Grupos de Estudio de la AMN, se establecen siete grupos de estudio. Por favor, seleccione:

- Enfermedades Desmielinizantes
- Foro Ictus Madrid
- Trastornos del Movimiento de Madrid
- Cefaleas
- Enfermedades Neuromusculares
- Neurología de la conducta y demencias
- Epilepsia