



T.: 593 99 984 7650
M.: info@ecumano.org

Quito, _____, de 20__.

Señores
Junta Directiva
Sociedad Ecuatoriana de Cirugía de la Mano
Presente.-

Por medio de la presente, yo _____
Solicito a ustedes el análisis de la documentación en pro de aceptar mi
postulación a ser miembro de la Sociedad Ecuatoriana de Cirugía de la Mano
en la categoría de miembro que corresponda.

Adjunto a la presente la documentación correspondiente y la información
necesaria para el efecto.

Identificación numero: _____
Especialidad base: Ortopedia y Traumatología _____, Cirugía Plástica _____
Cirugía General _____, Otros _____
Telefono _____
Dirección: _____
Correo Electrónico _____

Muchísimas gracias.

Atentamente,

Dr. _____

