



## **SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE VENEZUELA**

### **MIEMBROS AFILIADOS**

#### **REQUISITOS**

- 1.- Ser Doctor en Ciencias Médicas o Médico Cirujano, según título otorgado por las autoridades universitarias venezolanas.
- 2.- Estar inscrito en un Colegio de Médicos de la República Bolivariana de Venezuela y reconocido como especialista en Obstetricia y Ginecología.
- 3.- Presentar Certificación Deontológica expedida por el Colegio de Médicos respectivo y copia de su currículum vitae con sus comprobantes.
- 4.- Haber aprobado un Curso de posgrado de Obstetricia y Ginecología de no menos de tres años de duración y presentar constancia que lo confirme.
- 5.- Manifestar por escrito su deseo de formar parte de la Sociedad y ser presentado por dos Miembros Titulares solventes.
- 6.- Solvencia Colegio Médico
- 7.- Llenar planilla Censo Médico en digital la cual puede ubicar en nuestra página web.
- 8.- Pagar **5 \$** la Inscripción SOGV, más la cuota anual de Miembros de **10 \$**, o su equivalente en Bs a la tasa del BCV, para el momento del pago.

**NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASPIRANTE:**

\_\_\_\_\_

**EDA:** \_\_\_\_\_ **FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO:**

\_\_\_\_\_

**CI N°** \_\_\_\_\_ **DIRECCIÓN DE HAB.**

\_\_\_\_\_

**TÉLEFONO:**

\_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE TRABAJO:**

\_\_\_\_\_

**TÉLEFONO:** \_\_\_\_\_

**N° CELULAR:** \_\_\_\_\_ **E-MAIL:**

\_\_\_\_\_

FAX: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO:

\_\_\_\_\_

**Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Av. San Martín. Anexo Maternidad "Concepción Palacios" P.B. Biblioteca. Caracas, 1020A. Venezuela. Telefax (0212) 451-0895 / 5831059-e-mail: [sogvzla01@gmail.com](mailto:sogvzla01@gmail.com); [sogvzla02@gmail.com](mailto:sogvzla02@gmail.com); [www.sogvzla.org](http://www.sogvzla.org).MAIL BOXES ETC Casillero: 819 (Av. Francisco Solano López, Centro Empresarial Sabana Grande, nivel solano local S-6). Caracas, Venezuela**