



## SOCIEDAD VENEZOLANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

### REQUISITOS PARA SER MIEMBRO ACTIVO DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

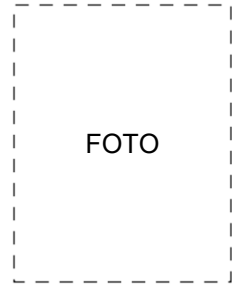
- CURRICULUM VITAE. (indicar correo electrónico, indispensable)
- Debe haberse graduado en universidades venezolanas o extranjeras con revalidación que hayan aprobado (1) año de cirugía general y tres años de residencia en servicio de la especialidad en un hospital venezolano o extranjero de reconocido nivel científico y cuyas credenciales sean aceptadas por la comisión clasificadora de credenciales, la junta directiva y la asamblea.
- Carta de culminación de post-gradado, firmada por el jefe de servicio de la especialidad y coordinador del post-gradado.
- Copia del título como médico cirujano y el de la especialidad.
- Copia del record quirúrgico de los tres años del post-gradado y del record teórico con sus respectivas calificaciones.
- Si presentó trabajo científico durante el post-gradado anexar copia del mismo y de todo lo que tenga sobre la especialidad en una carpeta.
- Carta de solicitud a la Junta Directiva, donde manifiesta su deseo de ser miembro activo de la Sociedad Venezolana de Otorrinolaringología.
- Una (01) foto reciente tipo carnet y fotocopia de la cédula.
- Costo de inscripción BsS. 2000,00 más BsS. 6.000,00 por concepto de anualidad del año en curso, depositados en la Cta. Cte. No. 0134-0342-21-3421075085 del Banco Banesco. (enviar constancia por correo de la Sociedad)

***Nota: estos documentos deben ser consignados en la sede de la sociedad ubicada en la: av. José María Vargas, Torre El Colegio, piso 2, Santa Fe Norte. Caracas.  
e-mail: [svorl@hotmail.com](mailto:svorl@hotmail.com) [www.svorl.org.ve](http://www.svorl.org.ve) 978.33.11 / (0414) 241.02.07***



# SOCIEDAD VENEZOLANA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

## PLANILLA DE INSCRIPCION EN LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA



FECHA DE SOLICITUD: \_\_\_\_\_

APELLIDOS Y NOMBRES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ C.I. No.: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NAC: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

DIRECCION ACTUAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TELF HAB: \_\_\_\_\_

CELULAR: \_\_\_\_\_ TELF CONS: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN CONSULTORIO: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD DONDE SE GRADUO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

REVALIDA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

ESPECIFICADO (A): \_\_\_\_\_

CURSO DE ESPECIALIDAD DONDE LO REALIZO: \_\_\_\_\_

HOSPITAL DONDE EJERCIO LOS (3) AÑOS DE RESIDENCIA EN UN SERVICIO DE LA

ESPECIALIDAD: \_\_\_\_\_

OTRAS CREDENCIALES: \_\_\_\_\_

TITULOS: \_\_\_\_\_

Nro. DE INSCRIPCION DEL COLEGIO MEDICO DE SU ESTADO: \_\_\_\_\_

N° DEL M.S.A.S.: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE: