



## Socio en Entrenamiento

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Grado(s) Actual(es): \_\_\_\_\_

Institución: \_\_\_\_\_

Dirección preferida (elije una):  Trabajo  Hogar

Numero/Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**Dirección de Correo Electrónico Preferida :** \_\_\_\_\_

**Dirección de Contacto Preferida**  Trabajo  Hogar

Numero/Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

### Educación:

	Institución	Año Inicial	Año Final	Nombre del Director de Entrenamiento
Residencia				
Entrenamiento en Endoscopia:				

### Certificación de Especialidad:

Medicina Interna: \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

Estado de Registro Médico: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_ # de Registro: \_\_\_\_\_

**\*por favor, provee el nombre del director de entrenamiento que patrocinará su solicitud.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Demográficos:**

Raza:

- Indio Americano
- Negro (Caribe)
- Negro (Africano)
- Nativo de Alaska
- Isleño Pacífico
- Otro

- Asiático
- Negro (Americano)
- Caucásico/Blanco
- Nativo Hawaiano
- Multirracial
- Prefiero no contestar

- Hispano/Latino:
- Americano
- Sudamericano
- Caribe
- Centroamericano
- Europeo

Se considera usted:

- Femenina
- Masculino
- Transgénero
- Prefiero no contestar

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ (MES/FECHA/AÑO)

**Razón(es) por las cuales quiere hacerse miembro de la ASGE:**

- Educación
- Profesionalismo
- La Revista GIE
- Descuentos
- Legislación

**Método de Pago: Dólares EEUU**

Costo de la membresía, si está en el:

Primer año de entrenamiento = \$75.00

Segundo año de entrenamiento = \$50.00

Tercer año de entrenamiento = \$25.00

**Forma de Pago (elige una):**

- Cheque # \_\_\_\_\_
- AX  VI  MC  DS Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

Número de tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre en la tarjeta: \_\_\_\_\_

Por favor note que la ASGE no admite devoluciones si la solicitud no está completada dentro de 45 días de presentación.

\*\*\*\*\*

Enví su solicitud completa por correo electrónico:

[membership@asge.org](mailto:membership@asge.org)

OR

Fax a 630.963.8332

Para enviar a través del servicio postal:

American Society for Gastrointestinal Endoscopy

3300 Woodcreek Drive

Downers Grove, IL 60515

*Completando y enviando esta solicitud, usted atestigua que la información proporcionada es verdadera y exacta.*