

Presentar esta ficha por **DUPLICADO**

Nº

INSCRIPCION A EXAMEN de RECERTIFICACION DE TITULO DE ESPECIALISTA

Especialista en:.....

Apellido y Nombres: M.P.Nº.....

C.E.Nº: Mail: Tel. de contacto: (.....).....

Cel: (.....)..... Localidad de residencia:

Domicilio Profesional:

Barrio: Localidad: Tel.:

Corresponde a la Recertificación Nº: 1º - 2º - 3º (marcar según corresponda)

Total de folios de antecedentes presentados:

-Requisito para la inscripción:

Estar al día con la cuota de colegiación y especialista

Abonar el arancel vigente para la evaluación de antecedentes

FORMA DE PAGO	
Contado <input type="checkbox"/>	2 Cuotas <input type="checkbox"/>
Círculo/Asociación o Centro <input type="checkbox"/>	Transferencia bancaria <input type="checkbox"/>
Débito caja de Ahorro <input type="checkbox"/>	Tarjeta Naranja <input type="checkbox"/>

Declaro que acataré lo dispuesto por el Reglamento de Certificaciones que apruebe la Asamblea.

Por la presente me notifico que podré retirar la carpeta de antecedentes por la administración del Colegio de Bioquímicos, posterior a la recertificación hasta el 30 de noviembre del año en curso. (Vencida esa fecha la misma será reciclada).

.....
Fecha de Presentación

.....
Firma y Sello

Ingreso de Carpeta Nº: Mesa de Entrada Nº:

Fecha de recepción:/...../.....

Recepta: (Secretaria Administrativa)