

**INSCRIPCIÓN A EXAMEN de RECERTIFICACIÓN DE TÍTULO DE ESPECIALISTA**

**Especialista en:**.....

Apellido y Nombres: ..... M.P.Nº..... M.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)