

PLANILLA DE INSCRIPCION DE SOCIOS

Nombre y apellido	Eliana elizabeth Pérez
Título:	Enfermera
Lugar de trabajo:	Hospital F.L.L gral Roca
_	
Domicilio:	Lisandro de la torre 1415
Correo electrónico:	
Teléfono:	
DECLARACIÓN JURADA	
	Y con domicilio en la calle
N° Piso Dpto de la ciudad de	
que los datos consignados con anterioridad son fidedignos, y que mediante la presente	
adhiero como socio de la ASOCIACIÓN DE ENFERMEROS DE RIO NEGRO.	
Para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente declaración a los	
días del mes de del año del año	
CBU	
Firma	Aclaración

reenviar a asociacionenfermeros@gmail.com