



Sociedad Venezolana de Medicina Crítica

**PLANILLA DE ACTUALIZACION DATOS DE
MÉDICOS Y MIEMBROS ESPECIALISTAS EN MEDICINA CRITICA**

Apellidos y Nombres _____

Edad: _____ Cédula de Identidad: _____

Años de Graduado: _____

Especialidad(es):

1.- _____

2.- _____

3.- _____

Años de Especialista en Medicina Crítica: _____

Dirección Habitación:

Teléfono: _____

Célular: _____

e-mail: _____

Fax _____

Dirección de Trabajo (Principal):

Teléfonos: _____

Inscrito en la Sociedad Venezolana de Medicina Crítica:

SI NO

Fecha de Membresía: _____

Tipo de Miembro: _____

Capítulo al que pertenece: _____

Deuda Total: Bs. _____

**QUE SUGERENCIAS TIENES PARA QUE LA SOCIEDAD SE PROYECTE MAS
A SUS MIEMBROS Y NO MIEMBROS**