Estimado Directorio de la Sociedad Chilena de Medicina Nuclear

Yo, *(Nombre completo), (RUT), (mail de contacto), (fono contacto), (profesión), (centro en donde se desempeña \*no obligatorio\*),* por medio de la presente carta, solicito mi incorporación a esta sociedad científica y acepto cumplir los estatutos de la Sociedad Chilena de Medicina Nuclear publicados en la página web y me comprometo a pagar las cuotas de forma oportuna.

Respaldan mi nominación los siguientes socios activos:

1.- (Nombre y Apellidos), (RUT).

2.- (Nombre y Apellidos), (RUT).

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del postulante

RUT

Profesión

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nombre y Apellidos Socio 1  Profesión | Nombre y Apellidos Socio 2  Profesión |