



Sociedad Española de  
Cirugía Pediátrica

**AVAL** COMO SOCIO NUMERARIO  
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA  
DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA.

Nombre:

Apellidos:

Correo electrónico:

Teléfono de contacto:

Como SOCIO NUMERARIO de la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA avalo a:

Con mi firma reconozco que el solicitante es especialista en cirugía pediátrica o se encuentra en periodo de formación para ello.

Firma

Fecha