

Formulario Solicitud de Admisión



Fecha (DD/MM/AA):

Datos de la Organización o Grupo de Pacientes y/o familiares de EPOF

Razón Social:

Nombre de Fantasía (si corresponde):

Dirección fiscal:

Nro. Resolución IGI:

Ciudad:

C. P.:

Provincia:

País:

Tel. Fijo:

E-mail:

Página web:

Facebook / Twitter

Datos del Delegado Titular

Nombre y Apellido:

Cargo:

Período:

Tel. fijo:

Celular:

E-mail:

Datos del Delegado Suplente

Nombre y Apellido:

Cargo:

Período:

Tel. fijo:

Celular:

E-mail:

NOTA: El presidente de la Organización Federada será quién tenga la responsabilidad de ser el representante ante FADEPOF o persona de contacto con la Federación. En su defecto, la Comisión Directiva deberá enviar acta de Comisión Directiva donde se expresa un representante.

Tipo de Miembro de FADEPOF (Marcar lo que corresponda)

(i) Miembro de pleno derecho

(ii) Miembro colaborador

(iii) Miembro observador

Datos de la Patología

Nombre(s) de la(s) Patología(s)

En caso de atender más patologías, mandar listado en .doc o .pdf a: info@fadepof.org.ar

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Número de Prevalencia

En el Mundo (Ej: 1:10,000)

En Argentina (Ej: 1:10,000)

Fecha de conmemoración de la EPOF:

.....

Especialidad primaria del médico tratante:

En caso de atender más especialidades primarias, mandar listado en .doc o .pdf a: info@fadepof.org.ar

.....
.....
.....

Otras especialidades de atención multidisciplinaria:

En caso de atender más especialidades secundarias, mandar listado en .doc o .pdf a: info@fadepof.org.ar

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Cantidad de Pacientes registrados en su Organización/Grupo:

En caso de contar con una base de datos de pacientes, indique la cantidad de personas que la conforman. Ej. 276

.....

Genes Identificados de la Patología:

En caso de poseer listado de genes y descripción más detallados, mandar en .doc o .pdf a: info@fadepof.org.ar

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Centros de Referencia de atención de la EPOF:

En caso de poseer listado de Centros de Referencia más extenso, mandar en .doc o .pdf a: info@fadepof.org.ar

.....
.....
.....
.....
.....
.....

>>	Guías Clínicas de Manejo y Tratamiento	Guías de información para pacientes y familiares
Existen guías sobre la patología EPOF a nivel mundial? (Idioma)		
Tu organización/ grupo dispone de las guías? (Idioma)		
Las guías están avaladas por la sociedad científica afin? (Idioma)		

Documentación Requerida para Afiliación

Nota: Enviar la siguiente documentación adjunta a este formulario a: info@fadepof.org.ar

- a) Copia de Estatuto de la entidad
- b) Copia de Resolución de inscripción en Inspección General de Justicia
- c) Balance y Memoria del último Ejercicio Contable

- d) Copia de Acta de Comisión Directiva o poder del nombramiento del o de los representantes legales de la entidad.
- e) Logo en alta definición (formato jpg/ ai)
- f) Descripción técnico/ médica de la patología (max 1 hoja formato word, cuerpo 11)
- g) Información de centros de referencia a nivel nacional

Firma del Presidente

(i) Miembro de pleno derecho: Serán miembros de pleno derecho de FADEPOF las organizaciones fundadoras, firmantes del acta fundacional y las organizaciones adheridas. Tendrán la consideración de organizaciones adheridas, aquellas otras Organizaciones de pacientes y/o familiares de enfermedades poco frecuentes, legalmente constituidas, que soliciten integrarse a FADEPOF, con posterioridad al acto fundacional previa aprobación de su solicitud por la Mesa Directiva Nacional. Los miembros plenos tendrán voz y voto en el Consejo Federal Asambleario y demás actos y reuniones asociativas en las que se puedan ejercitar tales derechos. Dichas organizaciones han de ser ratificadas por el Consejo Federal Asambleario.

(ii) Miembro colaborador: Serán Miembros Colaboradores de FADEPOF, aquellas otras entidades que deseen sostener la actividad de esta federación, y que se ocupen de las enfermedades poco frecuentes y/o de otros grupos de interés relacionados con aquellas enfermedades. La admisión en la federación de los Miembros Colaboradores será acordada por la Mesa Directiva Nacional, previa petición por escrito y será ratificada por el Consejo Federal Asambleario.

(iii) Miembro observador: Serán Miembros Observadores de FADEPOF las entidades que acrediten su condición de sujetos de derecho según el artículo 46 del Código Civil, y las personas o familiares que tengan diagnosticada una enfermedad poco frecuente de la que no exista una organización de la Sociedad Civil que la pueda representar en FADEPOF, siempre que tengan entre sus objetivos la ayuda, defensa y/o promoción de las enfermedades poco frecuentes, y que así lo acuerde expresamente la Mesa Directiva Nacional debiendo cumplir aquellas obligaciones estatutarias que expresamente le establezca la Mesa Directiva Nacional, hasta su plena integración como miembros de pleno derecho en cuanto se cumplan los requisitos.