**CARTA AVAL DE INSCRIPCIÓN EN EL GRUPO GETNE**

Fecha: Barcelona, 30 de septiembre de 2020

Dr. Nombre y dos apellidos,

Miembro del Grupo GETNE

El que suscribe, Dr. Nombre y dos apellidos del socio que avala, como miembro numerario del Grupo Español de Tumores Neuroendocrinos y Endocrinos (GETNE), avala la petición de inscripción del Dr. Nombre y dos apellidos del solicitante dentro del grupo.

El Dr. Nombre y dos apellidos del solicitante, como Responsable de la consulta de (indicar especialidad) del Hospital (indicar nombre centro hospitalario) desde el año (indicar año) y miembro del comité de TNE y/o endocrinos desde (indicar año), es (indicar especialidad) designado al manejo centralizado de los tumores endocrinos en dicho centro de referencia.

El solicitante se compromete a cumplir el reglamento establecido por la Junta Directiva.

Atentamente

Dr. Nombre y dos apellidos del socio que avala

Firma