

SOLICITUD DE INGRESO

REQUISITOS:

- 2 Fotografías tamaño carnet
- Fotocopia de la tarjeta profesional
- Fotocopia del diploma o acta de grado

FOTO

Lugar y fecha de presentación: _____

Nombre: _____ Apellidos: _____

Lugar y fecha de nacimiento _____ Estado civil _____

Cédula de ciudadanía N° _____ de _____ Registro médico N° _____

Universidad _____

Especializaciones: _____

Otros títulos universitarios y/o académicos: _____

Sociedades científicas y profesionales a las que pertenece _____

Entidades donde trabaja, dependencia y cargo.

Entidad: _____ Dependencia: _____ Cargo: _____ Tel. _____

Entidad: _____ Dependencia: _____ Cargo: _____ Tel. _____

Entidad: _____ Dependencia: _____ Cargo: _____ Tel. _____

Dirección consultorio: _____ Tel. _____

Dirección residencia: _____ Tel. _____

Buscapersonas: _____ Código: _____ Tel. _____

Nombre del socio que lo presenta: _____

Manifiesto expresamente aceptar enteramente los estatutos de Asmedas y estar dispuesto a pagar las cuotas de admisión ordinarias y extraordinarias establecidas en los mismos.

Firma del Solicitante

Aprobado: _____ Fecha: _____ Acta N° _____

Observaciones: _____

FORMA DE PAGO A ASMEDAS:

1 - Cobrador: Para quien no esté vinculado a una entidad. Sitio: _____

2 - Por nómina de entidades: _____

RESOLUCION N° 1029
30 DE JULIO DE 1958
PERSONERIA JURIDICA
TELEGRAMAS Y CABLES
" ASMEDAS "

A S M E D A S
(ASOCIACION MEDICA SINDICAL COLOMBIANA)
(SECCIONAL DE CUNDINAMARCA)

CALLE 118 N° 36 - 12
TELS: 214 46 40 - 215 11 20
A.A. 091740 - FAX. 213 94 32
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

FORMATO PARA DESCUENTO POR NOMINA DE ENTIDADES

Bogotá, _____

Señor Pagador: _____

Yo, _____

De la manera más atenta me permito autorizar a usted, para que se sirva descontar de mi sueldo del cargo de: _____ Dependencia: _____

las sumas que deba pagar a Asmedas como socio que soy de esta institución, de conformidad con los estatutos que he aceptado enteramente.

De usted con toda consideración: _____