

SOLICITUD DE ADMISIÓN

Nombre _____ c.c. _____ de _____

Dirección Residencia _____ Ciudad _____

_____ Teléfono _____

Dirección Consultorio _____ Ciudad _____

_____ Teléfono _____

Dirección Electrónica _____ Celular _____

Fecha de Nacimiento _____ Ciudad _____

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

Universidad _____ Ciudad _____

Título _____ Fecha _____

ESPECIALIZACIÓN

Universidad _____ Ciudad _____

Título _____ Fecha _____

SUBESPECIALIZACION

Título _____ Fecha _____

Tarjeta Profesional _____ No _____ Ciudad _____

POSICIONES ACADÉMICAS

LUGAR DE TRABAJO/POSICION

3 REFERENCIAS (MIEMBROS ACT)

FIRMA

TARIFAS: Miembro Activo (Médicos)

Miembro Correspondiente (Enfermería, Terapistas y otro personal Médico)

Consignar cuenta Granahorrar 1200-435473 (Enviar copia del recibo)

Admisión	\$50.000.00
Cuota anual	\$50.000.00
Admisión	\$30.000.00
Cuota anual	\$30.000.00