

FORMATO DE AFILIACIÓN AL COLEGIO MÉDICO COLOMBIANO

INFORMACIÓN PERSONAL

FECHA: D M A

Nombre(s): _____

Apellido(s): _____

Lugar de nacimiento: _____

Fecha de nacimiento: D M A Sexo: F M Otro: _____

Número de identificación: _____

Documento de identidad: Cédula de Ciudadanía Cédula de Extranjería

Permiso Protección Temporal (PPT)

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Profesión: _____ Universidad: _____

Fecha de grado: D M A

Especialidad: _____

Universidad: _____ Fecha de grado: D M A

Especialidad: _____

Universidad: _____ Fecha de grado: D M A

Especialidad: _____

Universidad: _____ Fecha de grado: D M A

DATOS DE CONTACTO

Celular: _____

Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Departamento: _____ Ciudad: _____

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Autorizo al Colegio Médico Colombiano para que me contacte a través de medios electrónicos (SMS, chat, redes sociales, correo), para el envío de información general.

Sí _____

No _____

Firma