



Asociación Científica Colombiana
De Medicina Estética

Asociación Científica Colombiana De Medicina Estética
A.C.I.C.M.E.

Solicitud de inscripción

Nombres y Apellidos: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

E-mail: _____

Médico egresado de: _____

Año de graduación: _____ Registro médico número: _____

Estudios y experiencia en el área de la medicina estética: _____

Miembros de A.C.I.C.M.E. que respalden su ingreso:

1. Nombre: _____ Firma: _____

2. Nombre: _____ Firma: _____

Adjuntar la siguiente documentación:

1. Fotocopia del diploma de médico o acta de grado. (Si usted ha entregado anteriormente a A.C.I.C.M.E. este documento omítalo).
2. Fotocopias de los certificados y diplomas de estudios realizados en el campo de la medicina estética.
3. Una foto a color tamaño cédula (2,5 x 3 cms).
4. Certificados de pertenencia a otras asociaciones médicas.

Firma del aspirante: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE A.C.I.C.M.E.

FECHAS: ENTREGA: _____ ANUNCIO A SOCIOS: _____

DISCUSIÓN JUNTA DIRECTIVA: _____

OBSERVACIONES: _____

RESULTADO EN ACTA DE JUNTA NÚMERO: _____