

SOLICITUD DE INGRESO DE SOCIOS

Si está interesado en ser Miembro de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Facial y Rinología, le solicitamos llenar el Formato de Ingreso, realizar el pago de la cuota anual vigente y adjuntar los siguientes documentos:

1. Fotocopia de la cedula o documento de identidad
2. Fotocopia del Diploma de Medico
3. Fotocopia del Diploma de Especialista en Otorrinolaringología
4. Fotocopia del Diploma de Especialista en Cirugía Plástica Facial (Solo si tiene esta especialidad, pero no es requisito obligatorio para su ingreso)
5. Homologación del Título(s) si ejerce en Colombia y algunas de las anteriores se hizo fuera del país.
6. Pago del Valor de la cuota de afiliación, que es de un Salario Mínimo Mensual Legal Vigente Colombiano o su equivalente en USD o EUR según la tasa vigente que será indicada por la SCCPFR.
7. Enviar una carta mencionando su interés por ser miembro de la sociedad.
8. Enviar 3 cartas de recomendación de Miembros de la SCCPFR al día en el caso de ser extranjero o 2 cartas de recomendación de Miembros de la SCCPFR al día en caso de ser colombiano.

Estos documentos serán revisados en Junta Directiva para su aprobación y pago.

Favor realizar consignación en Bancolombia cuenta corriente No. 201-16995387 a nombre de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Facial y Rinología - SCCPFR.

Favor enviar copia de la consignación con el formato adjunto al correo gerente@cirugiaplasticafacial.org / secretaria@cirugiaplasticafacial.org / info@cirugiaplasticafacial.org

DATOS GENERALES

Fecha:	Día		Mes		Año	
Nombres:				Apellidos:		
Documento de Identidad:				de:		
Dirección de Residencia:				Teléfono:		
Dirección Consultorio:				Teléfono:		
Celular:				Fax		
Ciudad:				Departamento:		
Correo Electrónico:						
Página Web:						
Fecha de Nacimiento:	Día		Mes		Año	
Señale con una X dónde desea Recibir la Correspondencia:	Casa:				Consultorio:	

ESTUDIOS MÉDICOS

Título Universitario:		Universidad:	
Especialidad (1):		Universidad:	
Especialidad (2 si Aplica):		Universidad:	
Sub-Especialidad (Si Aplica):		Universidad:	

Información que autoriza incluir en su perfil en el Directorio Medico:

Foto	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Perfil	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Dirección Consultorio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Teléfono Consultorio	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Celular	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Correo Electrónico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
Página Web	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>