

FORMATO DE AFILIACIÓN ASOCIADO ADJUNTO RESIDENTE



Cundinamarquesa
Sociedad De Anestesiología

Fecha de solicitud de ingreso

1. Datos del residente

Nombre:

Cedula: Edad: Estado Civil:

Lugar y fecha de nacimiento:

Dirección de residencia: Teléfono:

Correo electrónico: Celular:

Entidad a la cual está vinculado:

Dirección:



2. Estudios (Institución y fechas de estudio)

Básica Secundaria:

Universitarios:

Fecha de grado Médico: Diploma:

Registro Médico:

Especialización:

Universidad:

Rural: Realizado Exonerado Pendiente

3. Otros estudios (Cursos de 20 o más horas de intensidad)

4. Área (s) de la anestesiología de mayor interés para ustedes

Anestesia para Op. Ambulatoria: Anestesia para para paciente de alto riesgo:

Cardiovascular: Cuidado Intensivo: Dolor: Neuroanestesia:

Obstétrica: Pediátrica: Trauma: Otras:

5. Cargos desempeñados (Cargo institucional y...)

6. Trabajos científicos realizados (Títulos y fechas)

7. Publicaciones realizadas (Títulos, sitio y fecha de publicación)

8. Otras sociedades a las que pertenecen (Fecha de admitido como miembro)

9. Autorización de Uso de Datos Personales

Sus datos personales han sido y están siendo tratados conforme con nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales. Para mayor información podrá consultar nuestra Política en la página web: www.cundinamarquesa.org.co.

La autorización suministrada en el presente formulario faculta a la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología para que dé a sus datos aquí recopilados el tratamiento señalado en el Manual de Habeas de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología y la legislación vigente, las cuales incluyen, entre otras, el envío de información promocional, la invitación a eventos, así como información del servicio. El titular de los datos podrá, en cualquier momento, solicitar que la información sea consultada, rectificada, actualizada o retirada de las bases de datos de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología escribiéndonos al correo: comunicaciones@sca.org.co

Nombre y Firma del aspirante

10. Socios de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología que lo presentan:

Firma: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

Nota:

Adjuntar fotocopia autenticada del Diploma de Médico y del diploma de anestesiólogo.
Espacio para las Directivas de la Sociedad Cundinamarquesa de Anestesiología:

Aceptado: _____ Rechazado: _____ Fecha: _____

Firma: _____
Presidente

Firma: _____
Secretario

Firma: _____
Vo Bo del Fiscal

