



FORMULARIO DE AFILIACION No.

Nombres

Apellidos

Cédula

Registro Médico

Dirección Consultorio

Teléfono

Dirección Residencia

Teléfono

Ciudad

Departamento

E-mail

Celular

HISTORIA ACADÉMICA:

Egresado de la Universidad

Fecha

Estudios de Postgrado

Fecha

Nombre de dos (2) miembros de la ACPB que apoyan la inscripción

Fecha de inscripción

Firma

PARA SER LLENADO POR LA ASOCIACIÓN:

Aceptada la solicitud

Por el Comité

Por la Junta Directiva

Entrega Diploma
