AMEDES

ASOCIACIÓN DE MÉDICOS ESPECIALIZADOS EN MEDICINA ESTÉTICA Y ANTI ENVEJECIMIENTO DE EL SALVADOR

SOLICITUD DE INGRESO

San Salvador, _____ de _____ de _____

Nombre completo: _____

Nacionalidad: _____ DUI: _____

Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA): _____

Dirección residencial: _____

Dirección de clínica: _____

Teléfono casa: _____ Teléfono clínica: _____

Teléfono celular: _____ E-mail: _____

Lugar de Formación Académica: _____

_____

Entrenamiento de Postgrado (lugar y fecha): _____

JVPM: _____

Cargos actuales: _____

_____

Firmas de dos médicos miembros de AMEDES que respaldan la solicitud:

Nombre: _____ Firma: _____

Nombre: _____ Firma: _____

Solicitante

Firma: _____ Sello:

* Favor adjuntar documentación solicitada en la siguiente página

Documentación a presentar

- Formulario de solicitud de ingreso completo
- Fotocopia de la cédula de identidad
- Fotocopia del Título de Médico
- Fotocopia de Títulos de Postgrado en Medicina Estética o ramas afines
- Fotocopia de carnet vigente de la Junta Vigilancia de la Profesión Médica del Consejo Superior de Salud Pública de El Salvador.
- Fotocopia de permiso y licencia correspondiente del Consejo Superior de Salud Pública para apertura y funcionamiento de establecimiento donde ejerce su labor como médico.
- Presentación de trabajo científico en Medicina Estética o ramas afines