

 ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA	<b>SOLICITUD DE AFILIACIÓN A LA ACP</b>		
	<b>Código: S.AM.FR.01</b>	<b>Revisión: G.S.G.C.</b>	<b>Página 1 de 2</b>
	<b>Elaboró: G.S.G.C.</b>	<b>Aprobó: Comité de calidad</b>	<b>Fecha: 04-Junio-2009</b>

Ciudad, fecha

Señores

**JUNTA DIRECTIVA**  
**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA**  
Ciudad.-

De la manera más atenta me dirijo a ustedes, con el ánimo de solicitar ingreso a la ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA, en calidad de:

- ( ) **Miembro Activo**
- ( ) **Miembro Residente**
- ( ) **Miembro Adherente**
- ( ) **Miembro Afiliado**

Anexo los siguientes documentos pertinentes, además de la presentación por parte de dos Miembros Activos.

**MIEMBRO ACTIVO:** Diploma o Certificado de Estudios de Postgrado y Hoja de Vida con fotografía reciente.

**MIEMBRO RESIDENTE:** Certificado de Estudios de Postgrado y Hoja de Vida con fotografía reciente.

**MIEMBRO ADHERENTE:** Diploma y Hoja de Vida con fotografía reciente.

**MIEMBRO AFILIADO:** (Instituciones, Grupos Científicos) Estatutos, Lista del Personal Científico, Reseña Histórica.

 ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA	<b>SOLICITUD DE AFILIACIÓN A LA ACP</b>		
	<b>Código: S.AM.FR.01</b>	<b>Revisión: G.S.G.C.</b>	<b>Página 2 de 2</b>
	<b>Elaboró: G.S.G.C.</b>	<b>Aprobó: Comité de calidad</b>	<b>Fecha: 04-Junio-2009</b>

Yo: \_\_\_\_\_, miembro activo de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, a paz y salvo con la tesorería, recomiendo al doctor(a): \_\_\_\_\_ quien desea ser admitido como miembro \_\_\_\_\_

Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_, miembro activo de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, a paz y salvo con la tesorería, recomiendo al doctor(a): \_\_\_\_\_ quien desea ser admitido como miembro \_\_\_\_\_

Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**ASPIRANTE:** declaro, que al ser admitido, acataré los Estatutos y demás reglamentos particulares de la Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa): \_\_\_\_\_ C.C. No. \_\_\_\_\_

Dirección Residencia: \_\_\_\_\_

Tels. residencia: \_\_\_\_\_ Tels. consultorio: \_\_\_\_\_

Dirección Consultorio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Desea que sus datos aparezcan en la web? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Espacio para aprobación por la Junta Directiva:

**Aprobado** Sí ( ) No ( ) Fecha: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_