



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Por medio de la presente, solicito a la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Químicos Farmacéuticos Hospitalarios, ACQFH, acepte mi solicitud de afiliación a esta organización.

Nombres y Apellidos _____

Lugar y Fecha de Nacimiento _____

Dirección de Residencia _____ **Teléfono** _____

Correo Electrónico _____ **Celular** _____

Institución donde Labora _____ **Ciudad** _____

Dirección Trabajo _____ **Teléfono** _____

Dirección Electrónica (www.) _____ **Fax** _____

Cargo _____

Tiempo de Experiencia en el Área Asistencial _____

Cargos Anteriores _____

Egresado (o estudiante) de la Universidad _____

Estudio de Postgrado _____

Otros Estudios _____

Dirección Envío Correspondencia _____

Si es estudiante por favor anexar certificado de la facultad, la cual deberá ser renovada anualmente.

Firma del Solicitante _____

Cedula de Ciudadanía _____

Ciudad _____ **Fecha** _____

Declaro que la anterior información es veraz y puede ser verificada.