

FORMATO DE REGISTRO AL PROGRAMA**INFORMACIÓN PERSONAL**

Apellidos			
Nombre			
Documento de Identidad	Cedula Extranjería:		Cedula Ciudadanía :
Número del Documento:		Sexo:	
Fecha de Nacimiento:			
E- Mail			
celular:		Fijo:	
Profesión:	Cardiólogo:		Cirujano Cardiovascular:

AFILIACIÓN

Año de Ingreso:		Tipo de Asociado:	
Seccional:		Capitulo:	

FORMACIÓN

Titulo de Grado:	
Titulo de Posgrado:	
Otros: Cursos, Diplomados, Maestrías.	
Sociedad Científica a la que pertenece:	
Firma:	

NOTA:

Con la firma de este documento autorizo a la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular en calidad de titular de la información, para tratar la misma de acuerdo a su política de tratamientos de datos personales.

Para consultar nuestra Política de Tratamiento de Datos Personales, ingrese a www.scc.org.co