



**AMIT**  
**Asociación de Médicos Investigadores**  
**en Terapéuticas Alternativas**

Dirección: Carrera 50 N° 102A – 65. Bogotá, Colombia.  
Teléfonos: 2565692 – 6167597 – Celular: 3108146731

**FORMULARIO DE INSCRIPCION**

**DATOS PERSONALES:**

Nombres:			
Apellidos:			
Fecha de Nacimiento:	Día:	Mes:	Año:
Lugar de Nacimiento:		Nacionalidad:	
Documento de Identidad:		De:	
Dirección Residencia:			
Teléfono:		Ciudad:	
Institución donde Labora:			
Dirección Comercial:			
Teléfono:		Ciudad:	
Otra Dirección:			
Teléfono:		Ciudad:	
Celular:		Correo Electrónico:	

**ESTUDIOS UNIVERSITARIOS:**

Profesión:			
Egresado de la Universidad:			
Fecha de Grado:	Día:	Mes:	Año:
Registro Médico N°:			
Estudios de Postgrado:			
Especializaciones:			
Institución:			
Año:	Ciudad:		País:

## ESTUDIOS EN TERAPEUTICAS ALTERNATIVAS:

<b>1. Curso:</b>	
Institución:	
Instructor(es):	
Tiempo de Instrucción:	Tiempo de Ejercicio:
Ciudad:	País:

<b>2. Curso:</b>	
Institución:	
Instructor(es):	
Tiempo de Instrucción:	Tiempo de Ejercicio:
Ciudad:	País:

<b>3. Curso:</b>	
Institución:	
Instructor(es):	
Tiempo de Instrucción:	Tiempo de Ejercicio:
Ciudad:	País:

<b>4. Curso:</b>	
Institución:	
Instructor(es):	
Tiempo de Instrucción:	Tiempo de Ejercicio:
Ciudad:	País:

<b>5. Curso:</b>	
Institución:	
Instructor(es):	
Tiempo de Instrucción:	Tiempo de Ejercicio:
Ciudad:	País:

**REQUISITOS:**

Una vez diligenciada esta solicitud adjuntar fotocopias de los siguientes documentos:

Copia auténtica del Diploma Profesional, acta de grado, Tarjeta Profesional, cédula de ciudadanía, carnet de EPS, los certificados o diplomas correspondiente a estudios realizados en Terapéuticas Alternativas, los certificados o diplomas correspondientes a los estudios en otras especialidades y 2 fotos 3x4 a color.

---

Firma: