

Sociedad Internacional en Investigación, Salud, Desarrollo Empresarial y Tecnologías SIISDET

FORMULARIO DE SOLICITUD AFILIACIÓN COMO MIEMBRO REFERENTE INTERNACIONAL:

NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS

PROFESIÓN

PREGRADOS:	
POSTGRADOS:	
MAESTRIAS:	
DIPLOMADOS:	

NUMERO DE TARJETA PROFESIONAL

DATOS DE CONTACTO

País de Origen:	
Ciudad o Municipalidad:	
NUMERO TELEFONICO PERSONAL con discado directo y código del país: _____ Numero de WhatsApp: _____	
NUMERO TELEFONICO LUGAR DE TRABAJO O CONSULTORIO:	
NOMBRE ASISITENTE O SECRETARIA:	

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN o PROYECTOS EN COACHING DE SALUD:

Declaro que deseo participar como Miembro Ad honorem, siendo mi único deseo contribuir con la *Educación Continua en Salud Internacional* con mi conocimiento y experiencia adquirida, participando como Conferencista Internacional en los eventos SIISDET en el mundo contribuyendo a la excelencia en salud a nivel internacional.

Adjunto a este formulario de solicitud escaneado mi hoja de vida actualizada con una fotografía de perfil a color con los soportes y certificados de mi experiencia educativa y laboral.

Nota: Enviar el formulario al email: secretaria@siisdet.com.

Atentamente,
Departamento Administrativo SIISDET

Autorizo a SIISDET a que sean estudiados mis datos personales y sea considerada mi solicitud de Miembro Referente Internacional SIISDET.

Declaro que es de mi pleno conocimiento y claridad que puede ser negada mi solicitud reservando el derecho al comité evaluador de SIISDET y sus directivas las razones de su negación.

Por todo lo enunciado anteriormente, firmo y coloco mi huella.

_____ Huella

