|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ACMFR | |
| **Fecha solicitud:**  **Nombre del aspirante**:  **# Identificación:** |
| Estimado (a) Especialista Agradecemos su interés por ser parte de nuestra agremiación.  Solicitamos completar la siguiente información para su postulación como Miembro Activo.  **Dirección de residencia:**  **Ciudad de residencia:**  **Teléfono personal:**  **Correo electrónico:**  **Institución donde ejerce su especialidad:**  **Dirección y ciudad donde labora:**  Atentamente,  ***Andersson L. Rozo***  ***Presidente ACMFR*** | |
|  |  | |
|  |  |  |
|  |  | |
|  |  |  |
|  |  | |
|  |  |  |
|  |  | |
|  |  |  |
|  |  | |  |