

SOLICITUD DE ADMISIÓN EN
LA ASOCIACIÓN DE MEDICINA ESTÉTICA DE LA PROVINCIA DE MÁLAGA

APELLIDOS Y NOMBRE:

Colegiado nº:

Dirección:

D.P: Población:

Teléfonos:

Fax:

E-mail

http:

Año de nacimiento:

Lugar de la actividad profesional principal

Nº Autorización de funcionamiento

Lugar de la actividad profesional principal

Nº Autorización de funcionamiento

Lugar de la actividad profesional principal

Nº Autorización de funcionamiento

Despacho o Consultorio Hospital, Clínica o Centro Sanitario

Dirección

D.P: Población:

Teléfono: Fax E- mail.

http:

FECHA DE COMIENZO EN LA ACTIVIDAD DE Medicina Estética

Firma del solicitante

Firma y nombre
de un socio fundador

Firma y nombre
de un socio fundador

Titulación y Formación Acreditada (adjuntar Curriculum Vitae)

Licenciado en Medicina (y Cirugía) Año: Pre95 Post 95
Si es Pre 95, ¿ tiene la Certificación Ministerial de Medicina General? SI NO
¿Solicitó la especialidad en Medicina Familiar, vía Mestros? SI NO
Si es Post 95,¿ está realizando la especialidad en Medicina Familiar, vía MIR? SI NO
Especialista en: _____

Postgrados Universitarios(citar Título y Universidad):

Actividad profesional

Medicina Estética
 Dedicación en exclusiva
 Compatibilizando con otras actividades médicas
Desde (año): _____
Créditos en Formación Médica Continuada específica Total créditos: _____

Prestaciones(marcar con cruz, los procedimientos terapéuticos que desarrolla personalmente)

- DIETÉTICA
 - MESOTERAPIA
 - HOMEOPATÍA
 - ACUPUNTURA
 - ELECTROTERAPIA (interferenciales, alta frecuencia, electrolipolisis, etc)
 - MECANOTERAPIA (presoterapia, depresoterapia, terapia subdérmica, etc)
 - LIPOSUCCIÓN
 - ESCLEROSIS DE VARICES
 - FLEBECTOMIA
 - PEELINGS
 - LASER-RESURFACING
 - IMPLANTES FACIALES
 - DENERVACIÓN SELECTIVA:
 - ARRUGAS
 - HIPERHIDROSIS
 - DERMOPIGMENTACIÓN
 - ELIMINACIÓN DE TATUAJES CON LÁSER
 - FOTODEPILACIÓN
 - CIRUGÍA FACIAL
 - CIRUGÍA CORPORAL
 - CIRUGÍA CAPILAR
 - CIRUGÍA GENITAL
 - ESTÉTICA DENTAL
- OTROS (indicar): _____

Pertenencia a Sociedades Científicas (citar)

DOMICILIACIÓN BANCARIA de D/Dña

NOMBRE:

APELLIDOS:

El abajo firmante les agradece que a partir de la fecha y hasta nueva orden, atiendan con cargo a la cuenta abajo indicada los pagos a favor de Asociación de Medicina Estética de la Provincia de Málaga que ésta les notifique:

CÓDIGO DE CUENTA CLIENTE:

TITULAR DE LA CUENTA:

NIF:

ENTIDAD BANCARIA:

DIRECCIÓN DE LA OFICINA BANCARIA:

CÓDIGO POSTAL:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

Firma del titular