

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

foto

FECHA AFILIACIÓN día _____ mes _____ año _____

NOMBRES _____

APELLIDOS _____

IDENTIFICACIÓN: C.C. _____ DE _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____ FECHA _____

DIRECCIÓN _____ BARRIO _____

CIUDAD _____ TELEFONO FIJO _____

CELULAR _____ E-MAIL _____

ESTUDIOS DE PREGRADO

UNIVERSIDAD _____

TITULO OBTENIDO _____

FECHA DE GRADO _____ N° DIPLOMA _____

LIBRO _____ FOLIO _____ REGISTRO MEDICO _____ DE _____

ESTUDIOS DE POSGRADO

UNIVERSIDAD _____

TITULO OBTENIDO _____

FECHA DE GRADO _____ LIBRO _____ FOLIO _____

LUGAR DE TRABAJO _____

FIRMA: _____

C.C. : _____

CUOTA AFILIACIÓN: **\$30.000**CUOTA ANUAL DE SOSTENIMIENTO AÑO 2024: **\$170.000**

FORMAS DE PAGO: EFECTIVO _____ CHEQUE _____

TARJETA DE CRÉDITO _____

TRANSFERENCIA BANCARIA _____ PSE _____

Para consignaciones: Cuenta de Ahorros Davivienda N° 450200041850, a favor de AEXMUN. Enviar formato de consignación, transferencia o PSE y Formulario Diligenciado con foto al correo aexmun_nal@unal.edu.co