Sindicato Nacional de Pediatras de Colombia

Personería Jurídica número I-72 del 30 de septiembre de 2015

Ciudad:	*Fecha:*

Señores

JUNTA DIRECTIVA "SICOLPED"

Como Médico Pediatra, manifiesto mi voluntad libre y autónoma de ingresar al Sindicato "SICOLPED". Solicito comedidamente aceptar mi afiliación. Me comprometo a cumplir las normas estatutarias.

Nombre y Apellidos:		*Sexo:*	⬭ ⬭
Fecha de nacimiento:	*D. Identificación C.C.⬭ C.E.⬭ Otro ⬭*		
	No.		
Domicilio:	*Ciudad:*	*Teléfono Fijo:*	
	Departamento:	*No. Celular:*	
Correo electrónico:			
EMPRESAS Y/O INSTITUCIONES PARA LAS CUALES TRABAJA			
1. Nombre de la empresa y/o Institución:			
Ciudad:	*Dirección:*	*Teléfono:*	
Forma de vinculación:	*Fecha de ingreso:*		
Cargo que desempeña:			
2. Nombre de la empresa y/o Institución:			
Ciudad:	*Dirección:*	*Teléfono:*	
Forma de vinculación:	*Fecha de ingreso:*		
Cargo que desempeña:			
3. Nombre de la empresa y/o Institución:			
Ciudad:	*Dirección:*	*Teléfono:*	
Forma de vinculación:	*Fecha de ingreso:*		
Cargo que desempeña:			
4. Nombre de la empresa y/o Institución:			
Ciudad:	*Dirección:*	*Teléfono:*	
Forma de vinculación:	*Fecha de ingreso:*		
Cargo que desempeña:			

En cumplimiento de la Ley 1581 del 17 de octubre de 2012 sobre Protección de Datos SICOLPED utilizara los datos aquí consignados únicamente para fines relacionados con la organización sindical.

Atentamente

Firma:	
Cedula:	

ESPACIO PARA EL SINDICATO

Acta de Junta Directiva en la que se aprueba la afiliación.	
No.	*Firma de Secretaria*

Correspondencia: sicolped2@gmail.com