

Datos personales:

Apellidos, Nombre: _____

fecha de nacimiento: __/__/____

nombre de la calle y número: _____

código postal: _____ ciudad: _____ provincia: _____

teléfono: _____ e-mail: _____

Por medio de la presente solicito formar parte de la iniciativa de „Health Professionals for Cellular Medicine / Profesionales de la salud pro medicina celular “. Para obtener la calidad de miembro, se requiere la prueba de una formación adecuada.

La membresía es gratuita y puedo renunciar sin dar ningunas razones. Cualquier demanda de renuncia debo realizarla por escrito. Declaro de que acepto los conceptos y objetivos de la Iniciativa de HPCM.

Entiendo y acepto las condiciones y les presento una copia de mi-s diploma-s para ser nombrado miembro.

Información profesional
profesión/actividad: _____

Datos del asesor:

Apellidos, Nombre:

Nº de miembro:

Firma del asesor:

Información adicional (voluntaria)

Mis áreas profesionales de interés son:

- enf. cardiovasculares
- oncología
- diabetes
- enf. reumáticas
- enf. neuronales
- gastroenterología

- Estoy interesada/o en el intercambio de experiencias con otros miembros de la HPCM.

Por favor, tenga en cuenta que sólo las aplicaciones totalmente terminadas serán procesadas. En caso de cualquier cambio en los datos que nos ha facilitado, póngase de inmediato en contacto con nosotros. Para acceder a la Iniciativa de Profesionales de la Salud pro Medicina Celular (HP/CM), es indispensable demostrar mediante certificados y diplomas acreditativos que se es Profesional de la Salud. Por favor, mantenga una copia de este formulario para sus archivos.

Lugar y fecha: _____, __/__/____ **Firma del solicitante:** _____

Por favor envíen la documentación y la solicitud a:

HPCM@medicinacelular.org , HPCM, Tesla 1-5, NL-6422 RGHeerlen, Fax 0031-457 111 119