



ASOCIACIÓN DE USUARIOS
DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO MAYOR
MÉDERI IPS "ASOMEDERI"

SOLICITUD DE AFILIACION, RETIRO O ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Afiliación:			Actualización datos			Retiro:			Fecha:								
D			M			A											
Afiliado a:			Asousanitas			Compensar			Aliansalud			Nva EPS			Otro:		
Nombre(s) y Apellido(s):									No. de Cédula:								
Dirección correo electrónico:																	
Dirección de residencia:					Ciudad:					Departamento:							
Número de teléfono fijo1:					Número de teléfono fijo 2:					Número de celular:							
Observaciones: Si seleccionó la opción de Actualización de datos, por favor marque con un (*) el campo actualizado. Si seleccionó la opción Retiro, por favor indique las razones del mismo.																	

Firma: _____

Cédula: _____

Favor enviar física o virtualmente este formato debidamente diligenciado y firmado al correo:
asomederi1@gmail.com

Nota: Autorizo a ASOMEDERI para utilizar mis datos conforme a las disposiciones del habeas data Ley 1266 de 2008, e igualmente a que las reuniones de la asociación sean gravadas.