



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE DEPORTISTAS TRASPLANTADOS

Formulario de Afiliación

CATEGORÍA: _____

I. INFORMACIÓN PERSONAL.-

Nombre y Apellido: _____

Cédula de Ciudadanía/ Documento de identidad: _____

Fecha de Nacimiento: Año: _____ / Mes: _____ / Día: _____ Edad: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Género: F ___ M ___

RH: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Tel. Fijo: _____ Celular: _____

Correo electrónico: _____

EPS: _____ PESO: _____ ESTATURA: _____ TALLA: _____

II. INFORMACIÓN MÉDICA.-

Fecha de Trasplante (Último)	
Tipo de Trasplante	
Medicamentos	
Patologías Actuales	
Necesidades Especiales	

+57 311 2322688

direccion@acodet.org

Bogotá D.C.

www.acodet.org

#YoSalve55Vidas



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE DEPORTISTAS TRASPLANTADOS

III. INFORMACIÓN REPRESENTANTE / CONTACTO DE EMERGENCIA.-

Nombre y Apellido:

Cédula de Ciudadanía: _____

Edad: _____

Parentesco con el Deportista

Trasplantado: _____

Dirección:

Ciudad: _____ **Tel. Fijo:** _____

Celular: _____

Correo

electrónico: _____

IV. ANOTACIONES FINALES.-

- ACODET no se hace responsable civil y/o penalmente por lesiones o accidentes que puedan sufrir los afiliados en el ejercicio de las actividades propias de la Asociación.
- El afiliado se compromete al cumplimiento de las normas y reglas de las actividades deportivas en las que participe en nombre de ACODET.
- El afiliado acepta que conoce y se obliga a cumplir a cabalidad las obligaciones y deberes consagrados en los estatutos de ACODET.
- ACODET no se hace responsable por ningún tipo de accidente o imprevisto que pueda ocurrir en el desarrollo de eventos deportivos nacionales o internacionales, ni en los desplazamientos a las locaciones de dichos eventos.
- El logotipo, razón social, emblemas y demás, de ACODET no podrán ser usados con fines comerciales para provecho propio, ni de terceros.

 +57 311 2322688

 direccion@acodet.org

 Bogotá D.C.

 www.acodet.org

#YoSalve55Vidas



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE DEPORTISTAS TRASPLANTADOS

V. ANEXOS.-

1. Copia del documento de identificación del afiliado y de su representante (Si aplica).
2. Autorización médica para el ejercicio de actividades deportivas.
3. Copia de certificado de afiliación a la EPS.
4. Foto 3x3 para anexar al formulario.
5. Recibo de pago del valor de la afiliación.

Yo, _____,
representante de _____,
declaro que toda la información suministrada en este documento es verídica, y con mi firma
acepto el pago del valor de la afiliación que corresponda.

El afiliado,

El representante (Si aplica),

Nombre:

Nombre:

C.C. No.

C.C. No.

Teléfono:

Teléfono:

 +57 311 2322688

 direccion@acodet.org

 Bogotá D.C.

 www.acodet.org

#YoSalve55Vidas