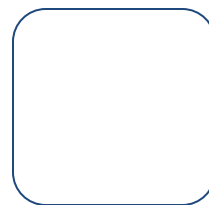




Asociación de Medicina
Integral Mexicana para el
Médico General, A.C.
SOLICITUD DE INGRESO

Folio : _____

Pasword : _____



Datos Generales

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Lugar de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil : _____

Dirección Profesional: _____

Calle No. ext. No. Int.

Colonia C.P. Población Estado País

Dirección Particular: _____

Educación Profesional

Fecha de Ingreso

Nombre del Plantel

Fecha de Recepción Profesional: _____

Ced. Dirección Gral. Prof.: _____

Sociedad Médica a la que pertenece

Fecha de Ingreso

Nombre de la Sociedad

Trabajos Científicos Publicados

Título del Trabajo

Publicado en

Lugar y Fecha

Importante: Esta solicitud de ingreso debe acompañarse de la siguiente documentación.

- Copia Fotostática del Acta de Nacimiento
- Copia Fotostática del Título y Cedula Profesional
- Copia del IFE

Nombre Completo

Firma

Fecha