



SOLICITUD DE INGRESO

Datos Generales

Fecha: _____

Fotografía

Nombre: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Lugar de Nacimiento: _____ RFC/CURP _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Estado Civil: _____

Dirección: _____

Calle y No. Ext.

No. Int.

Colonia

Código Postal _____ Alcaldía / Municipio Estado _____ País _____

Celular: _____ e-mail: _____

Formación Académica

Licenciatura: _____ Fecha: _____

Internado: _____ Fecha: _____

Cédula Profesional _____ Fecha Exp. _____

Cédula Especialidad _____ Fecha Exp. _____

Diploma Universitario Si _____ No _____

Certificación del Consejo Mexicano de Cirugía General número _____

Anexar fotocopia de la cédula de Especialistas en Cirugía General y del Consejo Mexicano de Cirugía General.

Datos de Facturación

A nombre de _____

Calle y No. Ext.

No. Int.

Colonia

Código Postal _____ Alcaldía / Municipio Estado _____ País _____

R.F.C. _____ e-mail: _____

Firma del Aspirante

Nombre y Firma quien Autoriza

DATOS BANCARIOS

Banco: Banamex

Suc. 7012 Cuenta: 7393301 Clabe interbancaria: 002180701273933011

Nombre: Colegio de Especialistas en Cirugía General de la Ciudad de México y Área Metropolitana, A.C.

INFORMES

secretariaCECGCDMX@gmail.com

www.cecgcdmx.com