



SOLICITUD DE INGRESO A LA ASOCIACION DE CIRUJANOS DENTISTAS DE MICHOACAN A.C.



DATOS PERSONALES

NOMBRE COMPLETO: _____

_____ CURP: _____

ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO PARTICULAR:

Calle Núm. Ext. Núm. Int. Colonia

Mío. o delegación Estado C.P.

Teléfono particular Celular Correo electrónico

DATOS FISCALES

RFC: _____

DOMICILIO FISCAL:

Calle Num. Ext. Num. Int. Colonia

Mío. O delegación Estado C.P.

Teléfono particular Celular Correo electrónico

DATOS ACADEMICOS

TITULO:

Titulo recibido: _____

Institución que lo emitió: _____

Fecha de expedición: _____

Número de cédula: _____

Fecha de expedición: _____

ESPECIALIDAD (ES):

Especialidad en: _____

Número de cedula: _____

Institución que la emitió: _____

Fecha de expedición: _____

Especialidad: _____

Número de cédula: _____

Institución que la emitió: _____

Fecha de expedición: _____

MAESTRÍA:

Maestría en: _____

Número de cédula: _____

Institución que la emitió: _____

Fecha de expedición: _____

DOCTORADO:

Doctorado en: _____

Número de cédula: _____

Institución que la emitió: _____

Fecha de expedición: _____

MOTIVOS POR LOS QUE SOLICITA SU INGRESO

Por el presente escrito solicito la admisión como socio de la Asociación de Cirujanos Dentistas de Michoacán A.C., comprometiéndome con esta solicitud y desde la admisión a cumplir con lo dispuesto en los estatutos de dicha asociación.

En Morelia, Michoacán, a _____ de _____ del 20____.

Firma del solicitante

Presidente

Secretario

Todos los datos aquí contenidos serán custodiados por la Asociación, serán de uso exclusivo para los fines previstos en la Asociación y en ningún caso serán publicados ni cedidos a terceros, salvo permiso expreso del solicitante arriba indicado.