

## SOLICITUD PARA MIEMBROS ASOCIADOS

\_\_\_\_\_, solicito ser miembro  
(Nombre)

asociado de la Academia Mexicana de Neurología, A.C., para lo cual proporciono mis datos personales y declaro bajo protesta de decir verdad que los datos proporcionados son correctos y estoy de acuerdo con el aviso de privacidad con que cuenta esta asociación.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Sistema de Miembros AMN *Academia Mexicana de Neurología, A.C.*

Título: \_\_\_\_\_

Apellido paterno: \_\_\_\_\_

Apellido materno: Nombre(s): \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

Masculino

Femenino

Profesión / Área Afin: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Cédula Profesional: \_\_\_\_\_ Cédula de Especialidad: \_\_\_\_\_

País (Nacionalidad): \_\_\_\_\_

Teléfono contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_

Correo electrónico principal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico alternativo: \_\_\_\_\_

R.F.C.: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_

Número exterior: \_\_\_\_\_

Número interior: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

Esta información será llenada por la Academia Mexicana de Neurología, A.C.

N° de Miembro \_\_\_\_\_ Dígito Verificador: \_\_\_\_\_