

SOLICITUD DE MIEMBRO ASOCIADO EN FORMACIÓN



Yo, _____, solicito ser miembro Asociado en Formación de la Academia Mexicana de Neurología, A.C., y declaro bajo protesta de decir verdad que a la fecha de esta solicitud soy médico residente, para lo cual proporciono mis datos personales 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.

No. de miembro: _____
Dígito Verificador: _____
Asociado No Neurólogo:
Título: _____
Apellido paterno: _____
Apellido materno: _____
Nombre(s): _____
Género: Masculino Femenino
Especialidad: _____
Cédula de Especialidad: _____
País (Nacionalidad): _____
Teléfono contacto: _____
Teléfono fijo: _____
Correo electrónico principal: _____
Correo electrónico alterno: _____
R.F.C.: _____
Miembro desde: _____
Presidente o Expresidente de la AMN:
Calle: _____
Número exterior: _____
Número interior: _____
Colonia: _____
Código postal: _____
Ciudad: _____
Estado: _____
Municipio: _____
País: _____