



ameg[®]
Asociación Mexicana de
Endoscopia Gastrointestinal y
Colegio de Profesionistas, A.C.

Solicitud de Ingreso

Apellido Paterno y Materno		Nombre (s)
Fecha de Nacimiento:	RFC:	Cédula Profesional:
Cédula Especialista:		

Domicilio Particular	
Calle y Número C.P.	Colonia
Delegación o Municipio Teléfono (s)	Ciudad y/o Estado
Celular	E- mail
Si su domicilio particular es también fiscal marque Si_____ No_____	

Domicilio del Consultorio	
Calle y Número C.P.	Colonia
Delegación o Municipio Teléfono (s)	Ciudad y/o Estado
Si su domicilio de consultorio es también fiscal marque (en caso de ser otro, favor de ponerlo) Si_____ No_____ Otro_____	

Lugar de Trabajo		
Institución o División	Unidad u Hospital	Departamento
Calle y Número C.P.	Colonia	
Alcaldía o Municipio	Ciudad y/o Estado	Teléfono (s)
Teléfono (s)	Celular	E- mail

Especialidad:	Hospital:
¿Es usted profesor(a) de alguna institución:	Si _____ No _____
Nombre de la institución:	
Nombre del curso:	

Socio (1) Nombre y Firma _____

Socio (2) Nombre y Firma _____

Socio (3) Nombre y Firma _____

Firma del interesado _____

Fecha _____

UNA VEZ ACEPTADA LA SOLICITUD SE LE NOTIFICARÁ VÍA CORREO ELECTRÓNICO:

ASOCIACIÓN MEXICANA DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL Y COLEGIO DE PROFESIONISTAS A.C.

Pasadena No. 17, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, CDMX, C.P. 03100

Teléfonos: 5523 5204 | 5523 5218 | 01 800 713 4298

contacto@amegendscopia.org.mx

asociados@amegendscopia.org.mx