



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: _____

Datos bancarios

Colegio de Especialistas en Cirugía General de la Ciudad de
México y Área Metropolitana

Banco **BBVA**

Cuenta: 0120894699

CLABE: 012180001208946996

Firma del Aspirante

Nombre y Firma quien Autoriza

INFORMES

cecgdmxsecretaria@gmail.com