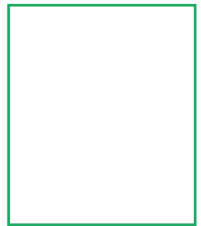




CAPITULO
CÓRDOBA A.C.



Monto de la Inscripción: _____

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Fecha: _____

Solicitud No.: _____

(Este número será asignado por el sistema)

I. FICHA DE INSCRIPCIÓN

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Sexo: M () F ()

Domicilio Particular: _____
Calle o Avenida No. Colonia Ciudad o Delegación

Estado C.P. Teléfono (s) No. de Cedula profesional

C.U.R.P. E-Mail R.F.C.

II. DESARROLLO ACADÉMICO

Carrera: _____

Escuela o Facultad donde realizó su carrera: _____ Año en que obtuvo su título: _____

Especialidad en: _____ ¿Donde realizó su especialidad? _____

III. DESARROLLO PROFESIONAL

Actividad laboral preponderante: Asistencia médica () Docencia () Investigación () Administración ()
Institución donde labora: SSA () IMSS () DIF () PEMEX () ISSTE () OTRA: _____

Calle o Avenida No. Ext. No. Int. Colonia

Ciudad o Delegación Estado C.P. Teléfono (s)

CONSULTORIO PARTICULAR

Calle o Avenida No. Ext. No. Int. Colonia

Ciudad o Delegación Estado C.P. Teléfono (s)

¿Dónde desea recibir su correspondencia? Domicilio particular () Consultorio ()

Firma del Interesado

Favor de enviar su solicitud por correo electrónico o hacerlo llegar a nuestras oficinas junto con su ficha de pago.