



SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE MEDICINA INTERNA

SOLICITUD DE INGRESO COMO SOCIO TITULAR

(Costo de Inscripción \$800.00 M. N.)

Nombre			
	(Como desea que salga su Diploma)		
Domicilio completo	(calle y no.)		
Col.			
Ciudad		Estado	CP
Teléfono:		e-mail:	
¿Es miembro activo del Colegio de Medicina Interna de México?	SI	NO	¿Desde que año?
Actualmente ¿Esta Certificado o Recertificado)	Si () No () ¿Desde que año?		
Firma del Presidente o Sello del (CMIM)			Firmar esta solicitud.

Toda la información escrita con computadora, letra de molde legible o máquina de escribir



SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE MEDICINA INTERNA

SOLICITUD DE INGRESO COMO SOCIO TITULAR

(Costo de Inscripción \$800.00 M. N.)

Nombre			
	(Como desea que salga su Diploma)		
Domicilio completo	(calle y no.)		
Col.			
Ciudad		Estado	CP
Teléfono:		e-mail:	
¿Es miembro activo del Colegio de Medicina Interna de México?	SI	NO	¿Desde que año?
Actualmente ¿Esta Certificado o Recertificado)	Si () No () ¿Desde que año?		
Firma del Presidente o Sello del (CMIM)			Firmar esta solicitud.

Toda la información escrita con computadora, letra de molde legible o máquina de escribir