



_____ A _____ DE _____ DEL 20 _____

**PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE
RINOLOGÍA Y CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL A.C.
P R E S E N T E.**

**POR LA PRESENTE SOLICITO A USTED MI INGRESO A ESTA SOCIEDAD A SU
DIGNO CARGO. EN CALIDAD DE**

SOCIO: _____

**ANEXO A LA PRESENTE LA HOJA CURRICULAR, CON LOS COMPROBANTES
SOLICITADOS Y UNA FOTOGRAFÍA PARA CONFORMAR MI EXPEDIENTE
PERSONAL.**

A T E N T A M E N T E

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE



**SOCIEDAD MEXICANA DE RINOLOGIA
Y CIRUGIA PLASTICA FACIAL, A.C.**

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRES

DOMICILIO PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA

CALLE

No.

COLONIA

DELEGACIÓN O MUNICIPIO

CIUDAD

ESTADO

C.P.

R F C

E. MAIL.

NOMBRE DE SU ESPOSA(O)

INSTITUCIÓN DONDE LABORA

TELÉFONOS CONSULTORIO

TELÉFONO CELULAR

COMENTARIO

ESTIMADO SOCIO RECUERDE QUE TODOS LOS DATOS ARRIBA SEÑALADOS SON IMPORTANTES, ASÍ COMO TOTALMENTE CONFIDENCIALES PARA UNA BUENA COMUNICACIÓN CON USTED, FAVOR DE ANOTAR COMPLETOS Y LEGIBLES TUS DATOS ASÍ COMO INDISPENSABLE ES QUE CONTEMOS CON SU- e-mail YA QUE ESTO AHORRA TIEMPO Y COSTOS PARA LA SOCIEDAD NOTA: DE NO RECORDAR ALGÚN DATO EN ESTE MOMENTO FAVOR DE MANDARLO POR CORREO ELECTRÓNICO A: cirurgiafacial@prodigy.net.mx



**REQUISITOS DE INGRESO
SOCIEDAD MEXICANA DE RINOLOGÍA
Y CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL, A.C.**

DOMICILIO: W T C DE MÉXICO

**MONTECITO NO. 38 PISO 24 OFNA. 28
COL. NAPOLES C.P. 03810 MÉXICO, D.F.
TEL. (55) 55 27 88 34 CEL. 55 35 66 85 01
Y 55 41 35 22 80**

E-MAIL: cirugiafacial@prodigy.net.mx
www.smr CPF.org.mx

- **LLENAR SOLICITUD ADJUNTA**
- **ES INDISPENSABLE ANEXAR LAS SIGUIENTES COPIAS**

TITULO Y CEDULA PROFESIONAL

TITULO Y CEDULA DE LA ESPECIALIDAD

CERTIFICACION DEL CONSEJO VIGENTE.

COPIAS DE CONSTANCIAS DE CURSOS

QUE HAYA ASISTIDO

1 FOTOGRAFÍA CUALQUIER TAMAÑO

- **PAGAR INSCRIPCIÓN: \$3,000.00**
- **ANUALIDAD: \$3,000.00**