



ASOCIACION DENTAL MEXICANA
Federacion Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas, A.C.

SOLICITUD DE ADMISION

MIEMBROS ACTIVO

Fotografia
450 kb
aprox.

Nombre (s) _____
Apellido paterno _____
Apellido Materno _____

Fecha de Nacimiento dia mes año

RFC CURP

Domicilio _____ #
Colonia _____ C.P.
Ciudad _____
Del. / Municipio _____ Estado : _____
Tel. _____ Celular : _____
Nextel : _____
E-mail : _____

Colegio Filial al cual pertenece: _____

Ciudad: Estado :

Universidad en la cual curso la licenciatura: _____

Registro de la Universidad : _____
Quien se lo otorga : _____

Universidad en la cual curso el postgrado : _____

Especialidad : _____

Registro de la Especialidad : _____
Quien se lo otorga : _____

Requisitos : (para llenar en oficinas ADM)

| | | |
|--------------------------|---------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> | Copia del Titulo Profesional | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Copia de Cedula Profesional | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Acta de nacimiento | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Copia del CURP | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Comprobante de domicilio | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Cedula de Identificación Fiscal | _____ |
| <input type="checkbox"/> | 2 fotografias tamaño infantil a color | _____ |

AUTORIZO REGISTRO

_____ NOMBRE

_____ FIRMA

