

SOLICITUD PARA MIEMBROS ASOCIADOS



_____, solicito ser miembro
(Nombre)

asociado de la Academia Mexicana de Neurología, A.C., para lo cual proporciono mis datos personales y declaro bajo protesta de decir verdad que los datos proporcionados son correctos y estoy de acuerdo con el aviso de privacidad con que cuenta esta asociación.

Firma _____ Fecha _____

Sistema de Miembros AMN Academia Mexicana de Neurología, A.C.

Título: _____

Apellido paterno: _____

Apellido materno: Nombre(s): _____

Género: _____

Masculino Femenino

Profesión / Área Afin: _____

Especialidad: _____

Cédula Profesional: _____ Cédula de Especialidad: _____

País (Nacionalidad): _____

Teléfono contacto: _____

Teléfono fijo: _____

Correo electrónico principal: _____

Correo electrónico alternativo: _____

R.F.C.: _____

Calle: _____

Número exterior: _____

Número interior: _____

Colonia: _____

Código postal: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Municipio: _____

País: _____

Esta información será llenada por la Academia Mexicana de Neurología, A.C.

Nº de Miembro _____ Dígito Verificador: _____