



# SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGIA GINECOLOGICA, A.C.

Solicitud de inscripción.

Nombre completo \_\_\_\_\_

(Apellido paterno) (Materno) (Nombre)

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edo. Civil \_\_\_\_\_

Cédula Profesional \_\_\_\_\_ Reg. S.S.A. \_\_\_\_\_

Domicilio Profesional \_\_\_\_\_

Calle

Colonia

Delegación o Municipio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_\_

Teléfono (Lada) \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Domicilio Particular \_\_\_\_\_

Calle

Colonia

Delegación o Municipio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Edo. \_\_\_\_\_

Teléfono (Lada) \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

ESTUDIOS. Escuela o Facultad de Medicina \_\_\_\_\_

Fecha de Graduación \_\_\_\_\_

Especialidad, Hospital, Domicilio. Teléfono. Fechas. Referencias \_\_\_\_\_

CURSOS DE POSTGRADO \_\_\_\_\_

DOCENCIA \_\_\_\_\_

Sociedades científicas a las que pertenece \_\_\_\_\_

Actividad hospitalaria actual y referencias \_\_\_\_\_

Nombre de dos socios de la S.M.U.G. que lo recomiendan (Anexar cartas de recomendación) \_\_\_\_\_

PRACTICA PRIVADA  INSTITUCIONAL  RESIDENCIA

Solicitud RECIBIDA Fecha \_\_\_\_\_

Solicitud ACEPTADA Fecha \_\_\_\_\_

Fecha asignada para presentar trabajo de primer ingreso \_\_\_\_\_

Presentó trabajo el \_\_\_\_\_

TITULO DEL TRABAJO DE INGRESO \_\_\_\_\_

COMITÉ DE CREDENCIALES \_\_\_\_\_