



Solicitud de Ingreso AMCICO

Nombre:

Apellidos:

e-mail

Fecha de nacimiento:

DD/MM/AAAA

Masculino

Femenino

RFC:

Calle:

Número:

Interior:

Colonia:

Delegación:

C.P.:

Estado:

Ciudad:

Teléfono:

Celular:

Nacionalidad:

Miembro:

Domicilio Fiscal

Calle:

Número:

Interior:

Colonia:

Delegación:

Estado:

Ciudad:

C.P.:

Régimen Fiscal:

Estudios de Medicina

Institución:

Localidad:

Título:

Especialidad:

Cédula profesional:

Especialidad

Institución:

Localidad:

Título:

Consejo de especialidad No.

Estudios Posgrado

Institución:

Localidad

Título:

Porcentaje de su actividad profesional

Práctica Médica:

Clínica:

Académica:

Investigación:

Práctica Clínica:

Sólo

Grupo

Hospital Privado

Hospital SS

Mencione en que hospitales trabaja:

A que sociedades pertenece:

Referencias:

Mencione los nombres de 2 colegas que pertenezcan a AMCICO

Nombre 1:

Especialidad:

Nombre 2:

Especialidad:

¿Porque desea ser miembro de AMCICO?

Comentarios:

Al hacer esta solicitud estoy de acuerdo en regirme por los estatutos de la AMCICO, de ser necesario estoy dispuesto a presentarme a una entrevista.

Autorizo a los representantes de la AMCICO a obtener información referente a mi calidad moral, trayectoria y ética profesional.

Deslindo de cualquier responsabilidad a los representantes de la AMCICO por los actos de buena fe y sin malicia en relación a la evaluación de mi solicitud, de igual forma deslindo de cualquier responsabilidad a los individuos o instituciones que proporcionen información mía requerida por la AMCICO.

Acepto

No Acepto

CUOTA: La Solicitud tiene un costo de \$ 200.00 (No reembolsable) El depósito o cheque será a nombre de: Asociación Mexicana de Cirujanos de Columna, A. C.

HSBC Cuenta No.: 4025368580 Clabe: 021180040253685801

BANAMEX Cuenta No.: 2558975 Clabe: 002180700825589759

Enviar por correo electrónico o fax el comprobante de depósito, para iniciar el trámite con el Comité de Credencialización y Admisión para su revisión y/o aprobación.

Es necesario adjuntar:

- Currículum actualizado (**Enviar** Cédulas, Títulos, Diplomas)
- Constancias de asistencias a congresos de Columna (Mínimo dos)
- Certificado del Consejo de Ortopedia o Neurocirugía
- CONSTANCIA DE ADIESTRAMIENTO EN COLUMNA AVALADA POR UNA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA Y DURACION MÍNIMA DE 11 MESES**
- O BITÁCORA DE CIRUGÍAS DE COLUMNA REALIZADAS EN EL ÚLTIMO AÑO, en hoja membretada, firmada y sellada del Hospital donde las realizó.**
- Fotografía tamaño Pasaporte o infantil
- 3 cartas de recomendación de Miembros de AMCICO.