



SOLICITUD DE INGRESO

(Para ser llenada por el Aspirante Cirujano en Adiestramiento)

FECHA: _____

La selección de nuestros socios candidatos es un compromiso hacia la atención de nuestros pacientes, por lo cual le agradecemos contestar con veracidad el siguiente cuestionario. La información y recomendación que usted nos proporcione será tratada de forma confidencial.

NOMBRE COMPLETO DEL ASPIRANTE: _____

CURP: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ TELÉFONO: _____

TÍTULO: _____

CÉDULA: _____ CÉDULA ESPECIALIDAD: _____

ASOCIACIONES A LAS QUE PERTENECE: _____

CURSOS DE CIRUGÍA DE OBESIDAD O METABÓLICA: _____

NOMBRE DE ALGÚN SOCIO QUE LO RECOMIENDE: _____