



Solicitud de Ingreso

Apellido Paterno y Materno		Nombre (s)
Fecha de Nacimiento:	RFC:	Cédula Profesional:
Cédula Especialista:		

Domicilio Particular		
Calle y Número C.P.	Colonia	
Delegación o Municipio Teléfono (s)	Ciudad y/o Estado	
Celular	E- mail	
Si su domicilio particular es también fiscal marque		Si ___ No ___

Domicilio del Consultorio		
Calle y Número C.P.	Colonia	
Delegación o Municipio Teléfono (s)	Ciudad y/o Estado	
Si su domicilio de consultorio es también fiscal marque (en caso de ser otro, favor de ponerlo)		
Si ___ No ___ Otro ___		

Lugar de Trabajo		
Institución o División	Unidad u Hospital	Departamento
Calle y Número C.P.	Colonia	
Alcaldía o Municipio	Ciudad y/o Estado	Teléfono (s)
Teléfono (s)	Celular	E- mail



ameg[®]
Asociación Mexicana de
Endoscopia Gastrointestinal y
Colegio de Profesionistas, A.C.

Especialidad:	Hospital:
¿Es usted profesor(a) de alguna institución:	Si _____ No _____
Nombre de la institución:	
Nombre del curso:	

Socio (1) Nombre y Firma _____

Socio (2) Nombre y Firma _____

Socio (3) Nombre y Firma _____

Firma del interesado _____

Fecha _____

UNA VEZ ACEPTADA LA SOLICITUD SE LE NOTIFICARÁ VÍA CORREO ELECTRÓNICO:

**ASOCIACIÓN MEXICANA DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL Y COLEGIO DE
PROFESIONISTAS A.C.**

Pasadena No. 17, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, CDMX, C.P. 03100

Teléfonos: 5523 5204 | 5523 5218 | 01 800 713 4298

contacto@amegendoscopia.org.mx

asociados@amegendoscopia.org.mx