



**Asociación Mexicana de Medicina Transfusional A.C.
Solicitud de Ingreso a la AMMTAC**

Fecha de Recepcion _____

Datos Generales

Nombre(s) _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Especialidad _____

Institucion/Hospital _____ Departamento/Servicio _____

Direccion(calle y numero) _____ Colonia _____

Ciudad _____ Delegacion _____ C. P. _____

Telefono _____ Fax _____

Correo Electronico _____

Domicilio Particular

Direccion(calle y numero) _____ Colonia _____

Ciudad _____ Delegacion _____ C. P. _____

Telefono _____ Fax _____

Correo Electronico _____

Indique el correo electronico donde desea recibir la correspondencia

Trabajo _____ Casa _____

Anexar la siguiente documentacion:

Diploma o constancia de estudios y cédula profesional

Formato de la AMMTAC del Curriculum vitae

Fotografia escaneada

Nombre Firma y Numero de Socio de los dos socios titulares que avalan la solicitud

Nombre _____ Numero de socio
Firma _____

Nombre _____ Numero de socio
Firma _____

Firma del solicitante _____

Para ser llenado por el Comite de Admision

No. progresivo de solicitud

Analisis

Aceptado _____

Rechazado _____

Vocal de Admision

Firma

Clotilde Estrada Carsoliio _____
