



## SOLICITUD DE INGRESO

### 1) CLASE DE MEMBRESIA.

Activo	Ortopedista -Neurocirujano Certificado por el Consejo
Asociado	Ortopedista - Neurocirujano
Residente	Residente de Ortopedia - Neurocirugía
Internacional Adjunto	Ortopedista - Neurocirujano Extranjero Especialidades relacionadas

### 2) INFORMACIÓN PERSONAL.

Nombre.

Fecha de nacimiento.

Sexo: Fem. Masc.

Dirección para recibir correspondencia:

Col.:

C.P.:

Ciudad:

País:

Estado:

C. P.

Teléfono:

Fax:

Celular:

Localizador:

Correo electrónico:

Ciudadanía: Mexicana Otra

Socio:

Sociedad Mexicana de Cirugía Neurológica

Asociación Mexicana de Ortopedia y Traumatología

Sociedad Mexicana de Ortopedia

### 3) ESCOLARIDAD.

#### a) Medicina.

Universidad:

Ciudad:

Estado

País:

Título: Cedula profesional:

b) Especialidad.

Institución: Ciudad:

Estado: País:

Título:

c) Consejo de Especialidad.

Número:

d) Estudios de postgrado.

Nombre:

Ciudad: Estado:

País:

#### 4) PRACTICA MEDICA.

Porcentaje de su actividad profesional:

Clínica. Investigación:

Académica.

Práctica Clínica:

Solo.

Grupo.

Hospital  
Privado.

Hosp. de Seguridad Social.

Mencione los nombres de los hospitales donde trabaja:

Sociedades a que pertenece :

#### 5) REFERENCIAS.

Mencione los nombres de dos colegas que sean socios de AMCICO, que estén familiarizados con su trabajo.

Nombre:

Especialidad:

Nombre:

Especialidad:

¿Por qué  
desea ser  
socio de  
AMCICO?:

Nota: Es necesario incluir dos cartas de referencia

#### 6) CUOTA.

La solicitud tiene un costo de \$ 200.00. (No reembolsable). El depósito o cheque será a nombre de la Asociación Mexicana de Cirujanos de Columna A.C. con número 4025368580, Banco HSBC antes Bital sucursal 597.

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.

Fecha

Uso exclusivo comité de credenciales

FR

CH

FA

NA

NOTA: Es necesario refiera la ficha de pago por Fax a los teléfonos de la dirección de Nuestra Asociación que aparecen en las paginas para iniciar el tramite con el Comité de Credenciales para autorización de su solicitud de ingreso y poder notificar en un periodo breve de tiempo.

Deberá entregar su currículum actualizado y una fotografía tamaño pasaporte, al comité de credenciales AMCICO, personalmente o por mensajería.

Calle Tuxpan No. 10-201  
Col. Roma Sur  
C. P. 06760  
México, D. F.

Teléfonos:  
(0155) 55-64-78-59  
(0155) 55-74-37-75 Fax

[info@amcico.org](mailto:info@amcico.org)