



CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN, A.C.

FORMATO DE INSCRIPCIÓN EXAMEN ESPECIAL

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombres: _____
Apellido Paterno: _____
Apellido Materno: _____
Dirección: _____
Colonia: _____
Delegación o Municipio: _____ CP. _____
Ciudad y Estado: _____
Teléfono celular: _____
Teléfono Particular: _____
Correo Electrónico: _____
CURP: _____
RFC: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Institución donde cursa su residencia: _____
Año de residencia: _____
Ultima fecha de examen: _____

INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN

Universidad – Licenciatura en Medicina: _____
No. De Cédula: _____

INFORMACIÓN DE ESPECIALIDAD

Nombre del Hospital Sede: _____
Domicilio: _____
Profesor Titular: _____
Teléfono del departamento de Rayos "X": _____
Fecha de inicio de Especialidad: _____

FACTURACIÓN

Favor de marcar con una "X" si requiere factura.

Si No

En caso de marcar "Si" favor de llenar lo siguiente:

Nombre ó Denominación: _____
Nombre ó Denominación: _____
R.F.C.: _____
Calle: _____ No. Ext.: _____ No. Int.: _____
Colonia: _____ C.P.: _____
Municipio o Delegación: _____
Ciudad y Estado: _____
Correo electrónico: _____

Para facturación electrónica, es indispensable enviar comprobante de pago dentro de las primeras 72 horas después de haber realizado su pago.

Horario de atención de Lunes a Viernes 10:00am. A 2:00pm. Y de 4:00pm a 6:00 pm

Teléfono: 5264-2624, Fax: 5264-2550

correocmri@prodigy.net.mx