



CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN, A.C.

FORMATO DE PAGO PARA RECERTIFICACIÓN EN RADIOLOGÍA E IMAGEN

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____
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 cursó su residencia: _____
Año de residencia: _____
Ultima fecha de examen: _____

INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN

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

INFORMACIÓN DE ESPECIALIDAD

Hospital de Especialidad: _____
No. de Cédula de Especialidad: _____
No. de Certificación: _____

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: _____
RFC: _____
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.



CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGÍA E IMAGEN, A.C.

FORMATO DE PAGO PARA RECERTIFICACIÓN EN RADIOLOGÍA E IMAGEN

ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Marcar con una X y detallar

() Práctica Privada _____

PRÁCTICA INSTITUCIONAL PÚBLICA O EN ORGANIZACIONES PRIVADAS

() Médico adscrito o adjunto _____

() Jefatura _____

() Interconsultante _____

() Miembro de Comité(s) Médico(s) _____