



**CONSEJO MEXICANO DE RADIOLOGIA E IMAGEN, A.C.**

**FORMATO DE INSCRIPCIÓN**

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombre del Candidato:	<input type="text"/>	
Apellido Paterno:	<input type="text"/>	
Apellido Materno:	<input type="text"/>	
Calle y Número :	<input type="text"/>	
Colonia :	<input type="text"/>	
Delegación o Municipio :	<input type="text"/>	C.P. <input type="text"/>
Teléfono Particular:	<input type="text"/>	
Teléfono Celular:	<input type="text"/>	
Correo Electrónico1:	<input type="text"/>	
Correo Electrónico2:	<input type="text"/>	
Nacionalidad:	<input type="text"/>	
Ciudad:	<input type="text"/>	
CURP:	<input type="text"/>	
RFC:	<input type="text"/>	

**INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN**

Universidad - Licenciatura en Medicina:	<input type="text"/>
No. de Cédula:	<input type="text"/>

**INFORMACIÓN DE LA ESPECIALIDAD**

Nombre del Hospital Sede:	<input type="text"/>
Domicilio:	<input type="text"/>
Profesor Titular:	<input type="text"/>
Teléfono del Departamento de Rayos X:	<input type="text"/>
Fecha de inicio de la Especialidad:	<input type="text"/>