



# 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: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_  
Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono Particular: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
CURP: \_\_\_\_\_  
RFC: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Institución donde curso su residencia: \_\_\_\_\_  
Año de residencia: \_\_\_\_\_  
Ultima fecha de examen: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN

Universidad – Licenciatura en Medicina: \_\_\_\_\_  
No. De Cédula Profesional: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE ESPECIALIDAD

Hospital donde cursó la Especialidad: \_\_\_\_\_  
Aval Universitario de Especialidad: \_\_\_\_\_  
No. de Cédula de Especialidad: \_\_\_\_\_  
Folio 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: \_\_\_\_\_  
R.F.C.: \_\_\_\_\_  
Calle: \_\_\_\_\_ No. Ext.: \_\_\_\_\_ No. Int.: \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Municipio o Delegación: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_  
Estado: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

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