



COLEGIO ODONTOLÓGICO METROPOLITANO Y PROVINCIAS DE MÉXICO, A.C.

Registro: Oficio No. 205200301/728/08, libro 3, reg 9, foja 4

SECRETARÍA DE EDUCACIÓN, SUBSECRETARÍA DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR Y
SUPERIOR, SUBSECRETARÍA DE PROFESIONES, SEP.

FICHA DE INSCRIPCIÓN:

(Indispensable colegiarse, para trámite de certificación a través de nuestro Colegio)

COLEGIADO

Solicitud Num: _____

Fecha: ____/____/20____
día mes año

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Facultad de Egresado Odontólogo (a) _____

Num. Cédula Profesional: _____

Especialidad o Maestría: _____ Num. Cédula: _____

Institución de Especialidad / maestría: _____

DATOS DE TRABAJO:

ESTUDIANTE ()

PRACTICA PRIVADA ()

PRACTICA INSTITUCIONAL ()

Dirección:

Calle o avenida número exterior interior

Colonia Delegación o municipio

Estado c. p.

(lada) Teléfono trabajo Teléfono móvil Correo electrónico

Cuota: \$500.00 m.n.

BANCOMER, cta 0166371035 a favor de Colegio Odontológico Metropolitano y Provincias de México a. c.

CLABE INTERBANCARIA: 012180001663710356

Domicilio: Av.Lago de Xochimilco No. 10-2. Col. Metropolitana 3ra. Secc.,
Nezahualcoyotl, Estado de México política de privacidad en:

01.dental@gmail.com

web: <http://odontologicamexicana.com>