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

Registro: Oficio No. 205200301/728/08, libro 3, reg 9, foja 4
SECRETARIA DE EDUCACIÓN, SUBSECRETARIA 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: [Reservado]____ Fecha: ____/_____/20____
día mes año

Nombre: _____ _____ _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Facultad de Egresado Odontólogo (a) _____

CURP: _____ 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: $650.00 m.n.
BANCOMER, cta 0166371035 a favor de Colegio Odontológico Metropolitano/Edilberto Chávez
CLABE INTERBANCARIA: 012180001663710356

Domicilio: Av.Lago de Xochimilco No. 10-2. Col. Metropolitana 3ra. Secc., Nezahualcoyotl, Estado de México. Tel. 55 2158 2726 política de privacidad en:
01.dental@gmail.com web: http://odontologicamexicana.com