



CentroMédicoAlteño

SOLICITUD DE REGISTRO MÉDICO Y OTROS PROFESIONISTAS

Solicitamos de la siguiente información para el alta de datos.

DATOS PERSONALES

Nombre:			
Lugar de Nacimiento:	Día	Mes	Año
Residencia (Ciudad):		Estado:	
CURP:		RFC:	
Celular:		Correo:	
Estado Civil:	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	
Cónyuge Médico:	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
Nombre del Cónyuge:			

INFORMACIÓN PROFESIONAL

Universidad de Egreso:				
DGP	Especialidad:			
Cédula de Especialidad:				
Domicilio Consultorio:				
Ciudad:	Estado:	CP:		
Tel. Consultorio:	Correo:			
Talla de bata:	Ch <input type="checkbox"/>	Md <input type="checkbox"/>	Gd <input type="checkbox"/>	XI <input type="checkbox"/>

Aviso de Privacidad.

El presente Aviso tiene por objeto la protección de los datos personales de los integrantes de Inmobiliaria del Centro Médico Alteño a efecto de garantizar su privacidad. Así mismo doy por enterado que la información proporcionada es Veraz, Real y **me comprometo al envío de la documentación solicitada de igual manera a notificar cualquier cambio de domicilio a Inmobiliaria del Centro Médico Alteño.**

Firma