

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Nombre (s) _____ Apellidos _____

Estoy aplicando como

Socio Colegiado Socio Residente

Enviar correspondencia postal Casa Oficina

correspondencia digital Casa Oficina

Oficina principal

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Celular _____ Email _____

Website _____ IG: _____

Casa

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Celular _____ Email _____

Oficina secundaria

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Email _____

Website _____ IG: _____

Fecha y lugar de nacimiento _____

Universidad de Pregrado _____ Grado _____ Año _____

Educación en Ortodoncia en _____ Grado _____ Año _____

Si eres estudiante, pon la fecha de terminación esperada

Colegio de Ortodoncia Local _____

La solicitud debe acompañarse de los documentos que se enlistan en los requisitos junto con el comprobante de pago y la promesa de la Asociación.

Las solicitudes incompletas no podrán procesarse.

PROMESA DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE ORTODONCIA, COLEGIO DE ORTODONCISTAS, A. C.

La Asociación Mexicana de Ortodoncia, Colegio de Ortodoncistas, A. C. busca promover las mejores prácticas de ortodoncia respetando la ética y el compromiso que como ortodoncistas se tiene para ayudar a los pacientes.

Al enviar esta solicitud de afiliación acepto que la Asociación investigue la información que aquí se proporciona.

Yo prometo que al ser aceptado como miembro de la Asociación a vivir y ejercer los principios, declaraciones y regulaciones que se presenten en los estatutos y reglamentos de la Asociación, así como a trabajar con ética y respeto al resto de los agremiados.

Fecha _____ Firma _____