



Colegio de Oftalmología
De Nuevo León, A. C.
SOLICITUD DE INGRESO

CONDOMINIO MOLL DEL VALLE P-11 D-116
COL. DEL VALLE, GARZA GARCIA, N.L.
C.P. 66220 TEL/FAX (81) 8335.0601
e-mail: info@oftalmonl.org

FECHA: _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
AÑO / MES / DIA

DOMICILIO: _____
CALLE NUMERO COLONIA

CIUDAD: _____ C.P.: _____

TELEFONO: _____ NOMBRE ESPOSA(O): _____

FECHA DE NACIMIENTO ESPOSA(O): _____

CONSULTORIO: _____
CALLE NUMERO COLONIA

CIUDAD: _____ C.P.: _____

TELEFONOS: _____

CELULAR: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

ESTUDIOS PROFESIONALES: LICENCIATURA: _____ **OTROS:** _____

DEL: _____ AL: _____

INSTITUCIÓN: _____

FECHA DE RECEPCION: _____

ESTUDIOS OFTALMOLOGICOS: _____ **RESIDENCIA:** _____ **TUTELAR:** _____

DEL: _____ AL: _____

REFERENCIA I (*ANEXAR CARTA DE RECOMENDACIÓN)

NOMBRE: _____

SOCIO DESDE: _____

TIEMPO DE CONOCERLO: _____

OBSERVACIONES: _____

FIRMA: _____

REFERENCIA II (*ANEXAR CARTA DE RECOMENDACIÓN)

NOMBRE: _____

SOCIO DESDE: _____

TIEMPO DE CONOCERLO: _____

OBSERVACIONES: _____

FIRMA: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE