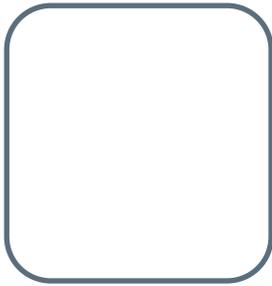


Asociación Médica de Oriente

Fundada en el año de 1947
San Miguel, El Salvador, C. A.



SOLICITUD DE INGRESO

Nombre: _____ Fecha de Recepción: _____
Apellido: _____
No. de J.V.P.M.: _____ Edad: _____ años. Sexo M F
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
Fecha de Graduación: _____ Universidad: _____
País donde obtuvo su Doctorado en Medicina: _____
Especialidad: _____ Universidad: _____
País donde obtuvo su Especialidad: _____
Tel Celular: _____ Tel. de Oficina: _____
No. de DUI: _____ No. de NIT _____
Correo Electrónico: _____ Dirección de Cobro: _____

Si es asociado de COMEDICA, aceptaría el descuento automático: SI NO

Es Ud. Socio del Colegio Médico de El Salvador: SI NO

Datos familiares

Estado Civil: _____ Cónyuge: _____

Nombre de Hijos

Fecha de Nacimiento

Por medio de la presente solicito ingreso a la Asociación Médica de Oriente y me comprometo a cumplir y hacer cumplir los estatutos de la misma

Firma: _____ Firma y nombre del Secretario: _____

Nombre del socio de la AMO que lo propuso y afilió: _____

Asociación Médica de Oriente (AMO)
Colonia San Francisco, Avenida Madre Tierra No. 28, San Miguel, El Salvador

Sitio web: www.amo1947.com e-mail: info@amo1947.com ó infoamo1947@gmail.com