



REQUISITAR FORMATO

➤ Solicitud de ingreso al CNCD

DOCUMENTACION REQUERIDA CIRUJANO DENTISTA Ó ESTUDIANTE DE POSGRADO

- Fotocopia título de licenciatura (ambos lados)
- Fotocopia cédula Profesional (legible ambos lados)
- R.F.C. y C.U.R.P. (en la misma hoja anotar domicilio fiscal)
- Fotografía tamaño infantil ó pasaporte a color y pegarla en la solicitud
- Anexar el original de Depósito del Banco Santander 92001077770
- Clabe Interbancaria, Santander 014180920010777704
(favor de quedarse con una fotocopia).

DOCUMENTACION REQUERIDA ESTUDIANTE DE LICENCIATURA

- Copia de la credencial de estudiante vigente, expedida por la Institución
- Fotografía tamaño infantil ó pasaporte a color y pegarla en la solicitud
- Anexar el original de Depósito del Banco Santander 92001077770
- Clabe Interbancaria, Santander 014180920010777704
(favor de quedarse con una fotocopia).

COSTOS:

Pago anual al Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A. C.

Cirujano Dentista.....	\$ 1,000.00
Estudiante Licenciatura o Posgrado	\$ 300.00

RECEPCION DE TRAMITES Y DOCUMENTOS

COLEGIO NACIONAL DE CIRUJANOS DENTISTAS, A.C.

Pestalozzi # 1117 Col. Del Valle Deleg. Benito Juárez C.P. 03100

Tels. 01 (55) 5559 7371, 01 (55) 5559 2403

Horario 09:00 a 20:00 hrs.

membresias@cncd.org.mx

ID _____

COLEGIO NACIONAL DE CIRUJANOS DENTISTAS, A. C.

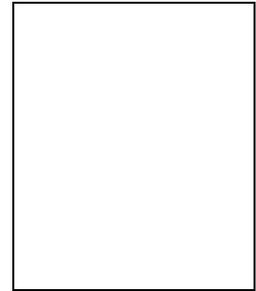


SOLICITUD DE MEMBRESIA

Cirujano Dentista Estudiante Licenciatura Estudiante Posgrado

Fecha de Ingreso: _____

Filial: _____



Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Lugar y fecha de nacimiento Edad RFC Estado Civil

Domicilio Particular : _____
Calle No. exterior No. Interior

Colonia Delegación y/o Municipio Estado C.P.

Clave LADA Teléfono Celular Correo Electrónico

Domicilio Consultorio : _____
Calle No. exterior No. Interior

C.P.

Clave LADA Teléfono Celular Correo Electrónico

TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

Facultad o Escuela: _____

Cédula Profesional No.: _____ **Fecha de Titulación** _____

Posgrado en: _____

Facultad o Escuela: _____

Cédula Especialidad: _____ **Fecha de Titulación** _____

ESTUDIANTE DE POSGRADO : _____

Facultad o Escuela: _____

Practica Privada Practica Institucional Docente Investigación

Asociaciones a las que pertenece :

_____ Fecha _____
_____ Fecha _____

Firma: _____

AVISO DE PRIVACIDAD

El Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A.C. con domicilio, en Pestalozzi # 1117 Col. Del Valle C.P. 03100 México, D. F. Tel y Fax 5559-7371 / 5559-2403 es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección en posesión de los particulares, ningún dato anterior es considerado como sensible. Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado a través del correo electrónico membresias@cncd.org.mx o físicamente.