



SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE MEDICINA INTERNA

**SOLICITUD DE INGRESO COMO SOCIO TITULAR**  
**(Costo de Inscripción \$600.00 M. N.)**

Nombre 

--

  

(Como desea que salga su Diploma)
-----------------------------------

Domicilio completo	(calle y no.)		
Col.			
Ciudad		Estado	CP
Teléfono:			e-mail:
¿Es miembro activo del Colegio de Medicina Interna de México?	SI	NO	¿Desde que año?
Actualmente ¿Esta Certificado o Recertificado)	Si (   ) No (   ) ¿Desde que año?		
Firma del Presidente o Sello del (CMIM)			Firmar esta solicitud.

Toda la información escrita con computadora, letra de molde legible o máquina de escribir