



**SOCIEDAD MEXICANA DE PEDIATRÍA, A. C.**  
TEHUANTEPEC 86-503 Col. Roma Sur Delegación Cuauhtémoc CP 06760, CDMX  
**SOLICITUD PARA INGRESO DE SOCIOS**

Nombre: \_\_\_\_\_

**Domicilio Particular:**

Calle y número: \_\_\_\_\_

Col. \_\_\_\_\_ Deleg. o Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Tel Particular: \_\_\_\_\_ Tel.celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Domicilio y datos Fiscales:**

RFC: \_\_\_\_\_ Calle y número: \_\_\_\_\_

Col. \_\_\_\_\_ Delegación o Municipio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Marque con una X donde recibirá la revista

Domicilio Particular  Domicilio Fiscal  Otro  \_\_\_\_\_

Especialidad de Pediatría realizada en: \_\_\_\_\_

Subespecialidad \_\_\_\_\_ realizada en: \_\_\_\_\_

**Instituciones en las que presta servicios profesionales.**

Cargo	Institución	Teléfono
-------	-------------	----------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

**Socios que respaldan la solicitud**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Ciudad de México, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Consultar nuestro aviso de privacidad en [www.socmexped.org.mx](http://www.socmexped.org.mx)

-----  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**VoBo.** -----

**ACEPTADO**