



CONSEJO MEXICANO
DE NEUROLOGÍA, A.C.

FUNDADO EN 1971

Datos Personales

Nombre (s) _____

Apellido Paterno _____

Apellido Materno _____

Nacionalidad: _____

Especialidad:

Neurología Adultos _____

Neurología Pediátrica _____

Medicina del Sueño _____

Terapia Endovascular _____

CURP _____

Ced. Profesional _____ Ced. Especialidad _____

Correo electrónico personal _____

Teléfono fijo _____ Teléfono Móvil _____

Dirección de Institución y/o Consultorio en donde ejerce

Institución _____

Calle _____ No. Ext. _____

No. Interior y/o Consultorio _____

Colonia _____

Alcaldía o Municipio _____

Ciudad _____ C. P. _____

Estado _____ País _____

Teléfono _____ Ext. _____

Consultorio _____

Calle _____ No. Ext. _____

No. Interior y/o Consultorio _____

Colonia _____

Alcaldía o Municipio _____

Ciudad _____ C. P. _____

Estado _____ País _____

Teléfono _____ Ext. _____

Datos Fiscales para facturación (pueden ser de un tercero)

Nombre o Razón Social _____

R. F. C. _____ Homoclave _____

Correo electrónico para envío de CFDI _____

Formación Profesional y de Especialidad

Universidad donde realizó Licenciatura en Medicina

Sede donde realizó Medicina Interna o Pediatría

Universidad y Sede Formadora de Neurología

Posgrados en Medicina

En caso de haber presentado el examen de certificación previamente mencionar en que año (s) lo (s) presentó: _____

