

SOCIEDAD MÉDICA DEL HOSPITAL ÁNGELES METROPOLITANO

Nombre Completo: _____

R. F. C. _____

Especialidad: _____

Dirección del Consultorio: _____

Dirección Fiscal: _____

Teléfono directo: _____

Teléfono fax: _____

Radio localizador: _____

Teléfono Celular: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de ingreso a la SMHAM _____

Número Ángeles: _____

Dirección particular: _____

Teléfono particular: _____

Nombre esposa (o) e hijos: _____

Cel. De Esposa (o): _____

¿Practica actividades culturales, recreativas o deportivas (cuales)? _____

¿Le gustaría participar en las actividades que organiza la Sociedad Médica? _____

¿Qué opina de la Sociedad Médica? _____

¿Qué beneficios le gustaría obtener de la Sociedad Médica? _____