



SOLICITUD DE INGRESO
SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGIA DERMATOLOGICA Y ONCOLOGICA, A. C.

DATOS GENERALES

Nombre Edad

Sexo Nacionalidad Fecha de Nacimiento

R.F.C. Reg. SSA Gral. Profesiones

Ced. Profesional

Certificado por el Consejo de la Especialidad? Si No Numero de Certificación

Domicilio para Correspondencia

Tel. Fijo Tel. Móvil Fax

E-mail

ANTECEDENTES ACADEMICOS

Título de Médico Cirujano expedido por la Universidad:

Fecha de examen profesional Especialidad

Diploma de Especialidad expedido por

Fecha:

SU ENTRENAMIENTO EN CIRUGIA DERMATOLOGICA FUE:

Durante toda su residencia de Dermatología

Curso posterior a la residencia de Dermatología en:

Fecha de inicio Fecha de Termino

Durante su trabajo diario como Dermatólogo en el hospital

O en su consultorio particular en la Ciudad de

AÑOS EJERCIENDO SU ESPECIALIDAD

Consultorio privado Institución Clínica Institución de Investigación

Actividad Docente de Pregrado en

Actividad Docente de Postgrado en

Publicaciones relacionadas a la dermatología y/o cirugía dermatológica Si No

(Anexe referencias o copias)

Qué porcentaje de su tiempo semanal como profesional lo dedica actualmente a? (el total deberá sumar 100%)

Consulta Dermoabrasión Enseñanza Peeling Químico Cirugía de Mohs
Electrocirugía Investigación Tatuaje Cirugía con Bisturí Electrolisis
Laser Técnicas de relleno Criocirugía Escleroterapia Liposucción
Trasplante de pelo

CONSENTIMIENTO DE USO DE DATOS

AUTORIZO A SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGIA DERMATOLOGICA Y ONCOLOGICA A. C. CON DOMICILIO EN NICOLAS SAN JUAN #1636, COL. DEL VALLE, BENITO JUAREZ, 03100, MEXICO, D. F., PARA HACER USO DE LOS SIGUIENTES DATOS:

- * NOBRE
- * DIRECCION
- * TELEFONO
- * E-MAIL

QUE SERAN PUBLICADOS EN LA PAGINA DE INTERNET www.smcd.org CON EN OBJETO DE DARLOS A CONOCER CON EL SIGUIENTE FIN:

- * INFORMAR A LOS USUARIOS DE DICHA PAGINA QUE SON MIEMBROS DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGIA DERMATOLOGICA Y ONCOLOGICA, A. C.

AVISO DE PRIVACIDAD

De acuerdo a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, le informamos que sus datos forman parte de los registros de SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGIA DERMATOLOGICA Y ONCOLOGICA, A. C., pudiendo ejercer en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación que dicha Ley le confieren, dirigiéndose por escrito a Calle Nicolás San Juan #1636, Colonia Del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, México, D. F. o por correo electrónico a la siguiente dirección admsmcd@smcd.org, o por teléfono al 5550259203.

Fecha de solicitud

Firma Solicitante _____



REQUISITOS DE INGRESO
SOCIEDAD MEXICANA DE CIRUGIA DERMATOLOGICA Y ONCOLOGICA, A. C.

Quien pretenda ser miembro de la Sociedad Mexicana de Cirugía Dermatológica y Oncológica, A. C., deberá enviar por correo electrónico al Consejo Directivo los siguientes documentos:

- Solicitud de Ingreso
- Dos cartas de recomendación de dos miembros activos de la sociedad.
- Curriculum
- Copia de Cedula Profesional y especialidad en Dermatología
- Copia de certificado del Consejo Mexicano de Dermatología
- Depósito bancario de \$1,500.00 por concepto de cuota de ingreso a la siguiente cuenta:
Sociedad Mexicana de Cirugía Dermatológica y Oncológica, A. C.
BANORTE
Cta. 0497552439
CLABE. 072 180 00497552439 0

Una vez recibidos sus documentos el Consejo Directivo aprobara o desechara su admisión notificándole la decisión por correo electrónico en un periodo no mayor a veinte días hábiles.

Sociedad Mexicana de Cirugía Dermatológica y Oncológica, A C.
Mesa Directiva 2021-2022

Nicolás San Juan #1636, Del Valle, Benito Juárez, 03100, México, D. F.
www.smcdo.org / www.smcdo.mx
admsmcdo@smcdo.org
Tel / Fax (55) 50259203
Cel. 5527527368

Fecha: _____

Nombre: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____