

**ASOCIACIÓN MEXICANA DE MICOLOGÍA MÉDICA A. C.**

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN**

México, D. F., a .....

NOMBRE \_\_\_\_\_

PROFESIÓN \_\_\_\_\_

MAXIMO GRADO ACADÉMICO \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_

C.U.R.P. \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELÉFONO Y/O FAX (TRABAJO) \_\_\_\_\_

TELÉFONO Y/O FAX (PARTICULAR) \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

INSTITUCIÓN DE ADSCRIPCIÓN \_\_\_\_\_

TELÉFONO Y/O FAX \_\_\_\_\_

ÁREA DE INTERÉS \_\_\_\_\_

