SISTEMA DE EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL MÉDICO GENERAL Y FAMILIAR
ASOCIACIÓN MEXICANA DE ENFERMERAS UNIDAS, A.C.

BENEFICIOS

1. Afiliación a la Asociación Mexicana de Enfermeras Unidas, A.C.
2. Cuotas preferenciales para todos nuestros programas académicos
3. Becas para cursos y congresos de diversas organizaciones académicas nacionales
4. Inscripción a costos preferenciales a cursos a distancia de enseñanza y autoevaluación

Ser parte de la Asociación le da algo más que privilegios

El costo de afiliación es de $1,000.00 anuales y podrá hacerlo directamente en nuestra oficina en: Colina de los Acónitos No.1 Fracc. Boulevares C.P. 53140 Naucalpan, Edo. de México de lunes a viernes de 09:00 a 16:00 hrs y a los teléfonos 5572 6624 / 5572 3276 y a los teléfonos 5574 8528 / 5584 0468. También podrá hacerlo a través de un depósito bancario a la Cuenta: 500 2953 8420 Banco: Inbursa a nombre de ANMGYFAC. Enviar la ficha de depósito a amdeu@amdeu.com.mx junto con copia de cédula y título y hablar a los teléfonos de la Asociación para confirmar la recepción del mismo y en breve recibirá toda la documentación concerniente.

SISTEMA DE EDUCACIÓN CONTINUA PARA EL MÉDICO GENERAL Y FAMILIAR
ASOCIACIÓN MEXICANA DE ENFERMERAS UNIDAS, A.C.

Solicitud de membresía

Solicitud No.: _____

Fecha: _____

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Título: _____ Nombre: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Fecha de nacimiento : _____ Nacionalidad: _____ Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

Domicilio particular:

_____

Calle o Avenida No. Ext. Colonia Ciudad o Delegación

_____

Estado C.P. Teléfono(s) No. de Cédula Profesional

_____

CURP Email

II DESARROLLO ACADÉMICO Y PROFESIONAL

Actividad Laboral Preponderante: Asistencia Médica ( ) Docencia ( ) Investigación ( ) Administración ( )

Institución donde labora: SSA ( ) IMSS ( ) DIF ( )PEMEX ( ) Otra ( ) Cual: _____

_____

Calle o Avenida No. Exterior No. Interior Colonia

_____

Ciudad o Delegación Estado CP.

Escuela o Facultad donde realizó su carrera: _____ Año en que obtuvo su título: _____

Especialista en: _____ ¿Dónde realizó su especialidad? _____

¿Dónde desea recibir su correspondencia? Domicilio particular ( ) Consultorio ( )

_____

Firma del Interesado