FECHA DE AFILIACIÓN

NOMBRE (S)

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

DIRECCION COMPLETA

CODIGO POSTAL ESTADO

CORREO ELECTRONICO 1 CORREO ELECTRONICO 2

TEL: CELULAR TEL: CLINICA O CONSULTORIO TEL: RESIDENCIA

LICENCIATURA EN: AÑO DE TERMINO

POSGRADO DE ORTODONCIA: AÑO DE TERMINO

COLEGIO ESTATAL AL QUE SE ENCUENTRE AFILIADO

SOCIO COLEGIADO SOCIO RESIDENTE SOCIO CERTIFICADO

INSERTAR FOTOGRAFIA DATOS DE FACTURACION

DOCUMENTOS SOLICITADOS:

* Formar parte de un Colegio afiliado a la AMO.
* Una carta dirigida al presidente de la AMO solicitando su afiliación.
* 2 cartas de recomendación de preferencia una carta debe de ser de un socio AMO. (Las cartas de recomendación son en hoja membretada).
* Los residentes pueden ser postulados por el coordinador de su Posgrado.
* Llenar la solicitud que le esta enviando (Adjuntar Fotografías en el mismo formato).
* Titulo de Licenciatura.
* Titulo de Posgrado.
* Cédula de Licenciatura.
* Cédula de Maestría o Especialidad.
* Pago de $2,500.00 para Socio Colegiados.
* Pago de $2,000.00 para Socio Residente (Si aun esta cursando el posgrado).
* (Enviar el pago en fotografía o escaneado con su nombre completo).

DATOS BANCARIOS

Banco Santander

Asociación Mexicana de Ortodoncia, Colegio de Ortodoncistas AC

Cuenta: 65-50832088-8

CLABE: 014580655083208887

Referencia: AfiliacionNombreApellidos

CÉDULA PROFESIONAL DE MAESTRÍA O ESPECIALIDAD

TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIATURA

CÉDULA PROFESIONAL DE LICENCIATURA

TITULO PROFESIONAL DE POSGRADO

PAGO DE AFILIACIÓN

CARTA DE ACEPTACIÓN DIRIGIDA AL PRESIDENTE DE LA AMO

CARTA DE SU COLEGIO ESTATAL

CARTA DE RECOMENDACIÓN

CARTA DE RECOMENDACIÓN