

**SOLICITUD DE INGRESO COMO SOCIO ACTIVO A LA  
ASOCIACION MEXICANA DE ENDODONCIA COLEGIO DE ESPECIALISTAS  
EN ENDODONCIA A.C. ( 2018 )**

|                        |  |         |  |
|------------------------|--|---------|--|
| Nombre                 |  |         |  |
| Estado Civil           |  |         |  |
| RFC                    |  |         |  |
| CURP                   |  |         |  |
| Dirección Particular   |  |         |  |
| Ciudad                 |  | C.P.    |  |
| Teléfono               |  | Celular |  |
| Dirección profesional  |  |         |  |
| Ciudad                 |  | C.P.    |  |
| Teléfono               |  | Celular |  |
| Cedula Profesional     |  |         |  |
| Cedula de Especialista |  |         |  |
| Otros Registros        |  |         |  |
| Email                  |  |         |  |

**ESTUDIOS PROFESIONALES**

| Escolaridad                | Universidad o Instituto |
|----------------------------|-------------------------|
| Cirujano Dentista          |                         |
| Especialista en Endodoncia |                         |
| Maestría                   |                         |
| Doctorado                  |                         |
| Post-doctorado             |                         |

**SOCIOS ACTIVOS QUE APOYAN LA SOLICITUD**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Nombre del socio Activo |  |
| Firma                   |  |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Nombre del socio Activo |  |
| Firma                   |  |

Me comprometo como socio activo aceptar y cumplir los siguientes derechos y obligaciones:

- Asistir a las sesiones.
- Tomar parte activa en las discusiones que se originen en las mismas.
- Participar en las actividades de la Asociación.
- Hacer sugerencias que tiendan al mejoramiento de la Asociación.
- Proponer reformas o adiciones a estos estatutos en sesiones convocadas para éste fin.
- Votar y ser votados, para cualquier cargo dentro del Consejo Directivo o Comisiones.
- Mantenerse siempre al corriente en el pago de sus cuotas.

Acepto

|                        |  |
|------------------------|--|
| Nombre del solicitante |  |
| Firma                  |  |

Ciudad de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Anexo Los siguientes Documentos

| Documento         | Fecha de inicio y terminación | Cédula No |
|-------------------|-------------------------------|-----------|
| Cirujano Dentista |                               |           |
| Especialidad      |                               |           |
| Maestría          |                               |           |
| Otros             |                               |           |

Anexar a este documento, copia de:

Currículum Vitae y en especial RFC, CURP, Comprobante de domicilio, Copia del Título Profesional, Copia de la Cédula Profesional.

Si está realizando algún estudio de Posgrado deberá anexar:  
Constancia de la Facultad o Institución reconocidas donde está realizando sus estudios.

Todos los documentos deben ser escaneados (por ambos lados) y enviados en digital al correo de la Asociación [ame@amecee.org.mx](mailto:ame@amecee.org.mx)

**Una vez que su solicitud haya sido aprobada**, se le pedirá que haga un pago por la cantidad de \$ 1,800.00 pesos, mismo que incluye inscripción y anualidad del año en curso

***Asociación Mexicana de Endodoncia Colegio de Especialistas en Endodoncia A.C.***

|   |
|---|
| CUENTA 65504043683                            |
| CLABE INTERBANCARIA 014730655040436837        |
| BANCO SANTANDER                               |
| SUC 4554                                      |
| REFERENCIA (Hasta 15 espacios , solo dígitos) |

Enviar copia de su talón de depósito debidamente identificado con sus datos al mismo correo electrónico. Si requiere factura escriba sus datos fiscales.

La AMECEE se reserva el Derecho de requerirle sus documentos originales en cualquier momento para cotejarlos.