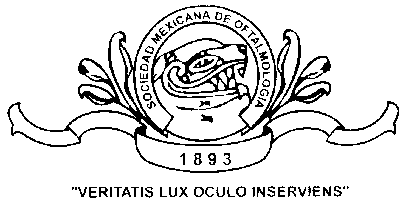
****

**SOCIEDAD MEXICANA DE OFTALMOLOGÍA, A.C.**

**ALTA AL SISTEMA DE SOCIOS SOCIEDADES FILIALES**

**DATOS DEL SOCIO**

NOMBRE:

Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

DIRECCIÓN:

Calle No. exterior / interior Colonia

C.P. Ciudad Estado Teléfono (s) Núm.Cel.

E-MAIL:

R.F.C.

**DOMICILIO FISCAL**

NOMBRE:

Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

DIRECCIÓN:

Calle No. exterior / interior Colonia

C.P. Ciudad Estado Teléfono (s) Núm.Cel.

CATEGORÍA:

***Nota:*** *favor de enviar copia de la siguiente documentación al correo electrónico:* [recepcion@smo.org.mx](mailto:recepcion@smo.org.mx)

* Título de Médico Cirujano
* Título de Especialidad (Universidad)
* Cédula Profesional
* Cédula de Oftalmólogo
* Registro Federal de causantes (RFC)
* CURP
* Credencial de Elector (INE)
* Carta dirigida al presidente de la S.M.O. solicitando ingreso

(Dra. Silvia Moguel Ancheita).

* Carta Constancia de que pertence a su Sociedad o Colegio
* Pago de anualidad de $2,900.00
* Hoja de Seguro Grupal

*En caso de no tener copia del título de Especialidad de Oftalmología o de la Cédula de Especialidad, favor de entregar copia de la carta, (de la Universidad) donde indique que está en trámite.*