



# COLEGIO NACIONAL DE CIRUJANOS DENTISTAS, A. C.

## REQUISITOS

➤ Se anexa solicitud de ingreso al CNCD.

### DOCUMENTACIÓN PARA CIRUJANO DENTISTA O ESTUDIANTE DE POSGRADO

- Fotocopia título de licenciatura (ambos lados)
- Fotocopia cédula Profesional (legible ambos lados)
- R.F.C. y C.U.R.P. (en la misma hoja anotar domicilio fiscal)
- Fotografía tamaño infantil o pasaporte a color y pegarla en la solicitud
- Anexar copia con su nombre al frente del depósito del Banco Santander Cta. 92001077770
- Clabe Interbancaria, Santander 014180920010777704 (favor de quedarse con una fotocopia).

### DOCUMENTACIÓN PARA ESTUDIANTE DE LICENCIATURA

- Copia de la credencial de estudiante vigente, expedida por la Institución
- Fotografía tamaño infantil o pasaporte a color y pegarla en la solicitud
- Anexar copia con su nombre al frente del depósito del Banco Santander Cta. 92001077770
- Clabe Interbancaria, Santander 014180920010777704 (favor de quedarse con una fotocopia).

### COSTOS:

#### **Pago anual al Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A. C.**

Cirujano Dentista.....	\$ 1,000.00
Estudiante Licenciatura.....	\$ 300.00
Estudiante Posgrado.....	\$ 450.00

### RECEPCION DE TRAMITES Y DOCUMENTOS

#### **COLEGIO NACIONAL DE CIRUJANOS DENTISTAS, A.C.**

Pestalozzi # 1117 Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez CDMX C.P. 03100

Tels. 01 (55) 5559 7371 / 01 (55) 5559 2403

Horario 10:00 a 15:00 y 17:00 a 20:00 Hrs. de lunes a viernes

**O TAMBIEN SE PUEDEN ENVIAR A LOS SIGUENTES CORREOS: (AMBOS)**

[oficialiadepartescncd@hotmail.com](mailto:oficialiadepartescncd@hotmail.com)

[vrojasalonso@yahoo.com.mx](mailto:vrojasalonso@yahoo.com.mx)

ID \_\_\_\_\_

# COLEGIO NACIONAL DE CIRUJANOS DENTISTAS, A. C.

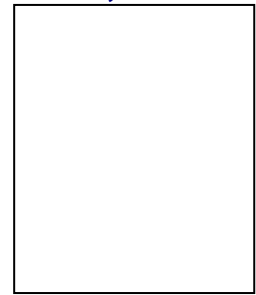


## SOLICITUD DE MEMBRESIA

Cirujano Dentista       Estudiante Licenciatura       Estudiante Posgrado

Fecha de Ingreso: \_\_\_\_\_

Filial: \_\_\_\_\_



**Nombre:** \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno      Apellido Materno      Nombre (s)

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de nacimiento      Edad      RFC      Estado Civil

**Domicilio Particular:** \_\_\_\_\_  
Calle      No. exterior      No. Interior

\_\_\_\_\_  
Colonia      Delegación y/o Municipio      Estado      C.P.

\_\_\_\_\_  
Clave LADA      Teléfono      Celular      Correo Electrónico

**Domicilio Consultorio:** \_\_\_\_\_  
Calle      No. exterior      No. Interior

\_\_\_\_\_  
Colonia      Delegación y/o Municipio      Estado      C.P.

\_\_\_\_\_  
Clave LADA      Teléfono      Celular      Correo Electrónico

### TITULO DE CIRUJANO DENTISTA

**Facultad o Escuela:** \_\_\_\_\_

**Cédula Profesional No.:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Titulación** \_\_\_\_\_

**Posgrado en:** \_\_\_\_\_

**Facultad o Escuela:** \_\_\_\_\_

**Cédula Especialidad:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Titulación** \_\_\_\_\_

**ESTUDIANTE DE POSGRADO:** \_\_\_\_\_

**Facultad o Escuela:** \_\_\_\_\_

Practica Privada       Practica Institucional       Docente       Investigación

**Asociaciones a las que pertenece:**

\_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

#### AVISO DE PRIVACIDAD

El Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, A.C. con domicilio, en Pestalozzi # 1117 Col. Del Valle C.P. 03100 Ciudad de México. Tel. 5559-7371 / 5559-2403 es responsable de recabar sus datos personales, del uso que se le dé a los mismos y de su protección en posesión de los particulares, ningún dato anterior es considerado como sensible. Usted tiene derecho de acceder, rectificar y cancelar sus datos personales, así como de oponerse al tratamiento de los mismos o revocar el consentimiento que para tal fin nos haya otorgado a través del correo electrónico [oficialiadepartescncd@hotmail.com](mailto:oficialiadepartescncd@hotmail.com) o físicamente.