



ASOCIACION MEXICANA DE HEPATOLOGIA, A.C.

REQUISITOS

- Ser médico con título o cédula profesional o tener licenciatura en otras profesiones afines.
- Curso de especialización preferentemente en Gastroenterología o afines y/o entrenamiento en Hepatología realizado en México o en el extranjero.
- Realizar o haber realizado actividades asistenciales, docentes, académicos o de investigación en medicina en torno a Gastroenterología y Hepatología.
- Ser propuesto por dos Asociados Activos o Titulares que avalen su preparación científica.
- Documentación:
 - Solicitud de ingreso
 - Currículum Vitae
 - Copia título y cédula profesional
 - Copia diploma del curso de especialización
 - Copia de un trabajo científico en hepatología publicado en revistas indexadas y/o constancia de presentación del trabajo en foro nacional o internacional
 - Copia constancias de actividades asistenciales, docentes, académicas o de investigación.



ASOCIACION MEXICANA DE HEPATOLOGIA, A.C.

Solicitud de Ingreso

Título (Dr. Ing. PhD, etc)	Apellido Paterno y Materno	Nombre (s)
Fecha de Nacimiento:	RFC:	Cédula Profesional:
Cédula Especialista:		

Domicilio Particular	
Calle y Número C.P.	Colonia
Delegación o Municipio Teléfono (s)	Ciudad y/o Estado
FAX E- mail	Celular
Si su domicilio particular es también fiscal marque Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Domicilio de Consultorio	
Calle y Número C.P.	Colonia
Delegación o Municipio Teléfono (s)	Ciudad y/o Estado
FAX E- mail	Celular
Si su domicilio de consultorio es también fiscal marque (en caso de ser otro, favor de ponerlo) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	

Lugar de Trabajo		
Institución o División	Unidad u Hospital	Departamento
Calle y Número C.P.	Colonia	
Delegación o Municipio Teléfono (s)	Ciudad y/o Estado	
FAX E- mail	Celular	



ASOCIACION MEXICANA DE HEPATOLOGIA, A.C.

Especialidad :	Hospital:
¿Es usted profesor(a) de alguna institución: No _____	Si _____
Nombre de la institución:	
Nombre del curso:	

Fecha _____

Firma _____

UNA VEZ ACEPTADA LA SOLICITUD SE LE PEDIRÁ REALIZAR EL PAGO CORRESPONDIENTE:

MONTO DE INSCRIPCIÓN: **\$2,500.00.**

Datos bancarios:

Sucursal BANCO HSBC,652 (MONTERREY),,CUENTA: 4024747289,, ASOCIACIÓN MEXICANA DE HEPATOLOGÍA A.C

NOTA IMPORTANTE:

Para hacer valido el pago, deposito, cheque o transferencia es necesario que envíe una copia del comprobante de pago y datos completos de facturación al correo de: **v.beltran@hepatologia.org.mx**, proporcionar el nombre completo del solicitante en el banco para la referencia de dicho pago; **NO SE ACEPTARÁ FICHA DE PAGO SIN NOMBRE COMPLETO.** Posteriormente la AMH le hará llegar su factura.

Si no recibe su factura dentro de las dos semanas de haber enviado el comprobante, favor de contactarnos al **56 39 40 33.**

Favor de agregar una copia de su CV actualizado

Desierto de los leones #73 interior #401, Colonia San Ángel CP 01000 frente a Pabellón Altavista, México, DF.
Tel: (55) 5639-4033, E-mail: v.beltran@hepatologia.org.mx



ASOCIACION MEXICANA DE HEPATOLOGIA, A.C.

CARTA DE RECOMENDACIÓN

Fecha _____

Dra. Graciela Elia Castro Narro
Mesa Directiva AMH 2018-2020

Por medio de la presente deseo recomendar al Dr. (a) _____
_____ quien cumple con los requisitos para convertirse
en asociado activo de la Asociación Mexicana de Hepatología.

Atentamente,

Nombre del asociado de la AMH

Firma del asociado de la AMH



ASOCIACION MEXICANA DE HEPATOLOGIA, A.C.

CARTA DE RECOMENDACIÓN

Fecha _____

Dra. Graciela Elia Castro Narro
Mesa Directiva AMH 2018-2020

Por medio de la presente deseo recomendar al Dr. (a) _____
_____ quien cumple con los requisitos para convertirse
en asociado activo de la Asociación Mexicana de Hepatología.

Atentamente,

Nombre del asociado de la AMH

Firma del asociado de la AMH