

SOCIEDAD MEXICANA DE HISTOLOGÍA, A.C.



Registro de Socios

Socio Profesor/Investigador () Socio estudiante ()

Fecha _____ No. de recibo _____

Nombre: _____

Datos institucionales

Institución: _____

Dirección: _____

Colonia: _____ A.P. _____ C.P. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____

E.mail _____ Tel: _____ Fax: _____

Datos Personales

Profesión: _____ Grado Académico: _____

Tema(s) de especialidad: _____

Domicilio Particular: _____

Colonia: _____ A.P. _____ C.P. _____

Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____

E.mail _____ Tel: _____ Fax: _____

Dirección a la que desea sus envíos: Institución () Particular ()

ANOTA POR FAVOR LOS DATOS DE LA FORMA DE DEPOSITO EN EL BANCO

