



COLEGIO MÉDICO DE HONDURAS

SECRETARÍA DE COLEGIACIONES



Nombre Completo:

No. De Colegiación:

Tipo Sanguíneo:

No. De Identidad:

RTN:

Lugar De Trabajo:

Teléfonos: Casa

Trabajo

Celular

E-mail

Especialidad:

Sub-Especialidad:

Delegación:

Nota: Favor adjuntar el carnet anterior para verificación de la información o depósito de pago.

FORMA No. SC-008