



COLEGIO MEDICO DOMINICANO

[Ley 68-03 / GO 10215]
JUNTA DIRECTIVA NACIONAL
Dic. 2015 – Dic. 2017

FORMULARIO DE MIEMBRO TITULAR

Datos Personales

Cedula: - - Pasaporte _____

Apellidos

Nombres

Nacionalidad: Dominican@ () Otra: _____

Fecha de Nac.: D____ M____ A____, Si es dominicano especifique la provincia de Nacimiento _____

Estado:

Soltero/a () Casado/a () Divorciado () Viuda/a () Unión Libre () Sexo ()

Dirección Domicilio:

Edificio _____ Apartamento _____ Sector _____

Ciudad _____ Provincia _____

Telefonos _____ Celular _____ Trabajo _____

E-mail _____ Pag Web _____

“Por el Bienestar del Médic@ y la Salud del Pueblo”

Paseo de l@s Médic@s Esq. Modesto Díaz, Zona Universitaria, Santo Domingo, Rep. Dom,
Tels. : (809) 533-4602 / 533-4686 / 533-8700 Fax: (809) 535-7337 email :

presidencia@cmd.org.do

RNC 4-0150725-2



COLEGIO MEDICO DOMINICANO

[Ley 68-03 / GO 10215]
JUNTA DIRECTIVA NACIONAL
Dic. 2015 – Dic. 2017

FORMULARIO DE MIEMBRO TITULAR

Datos Profesionales

Graduación: D____ M____ A____, Universidad: _____

País: _____

Estudios Superiores

1. Médico General () 2. Diplomado () 3. Maestría () 4. Especialidad ()

5. Sub-Especialidad () 6. Otros: _____

¿Es Profesor Universitario? SI () NO () Indicar en que Universidad
imparte _____

Datos Laborales

1. MSP () _____

2. IDSS () _____

3. Privado () _____

4. Militar () _____

5. Público () _____

¿Tiene Consultorio Privado? SI () NO (), de ser afirmativa su respuesta indicar:

Institución: _____

Tel: _____

Dirección: _____

“Por el Bienestar del Médic@ y la Salud del Pueblo”

Paseo de l@s Médic@s Esq. Modesto Díaz, Zona Universitaria, Santo Domingo, Rep. Dom,
Tels. : (809) 533-4602 / 533-4686 / 533-8700 Fax: (809) 535-7337 email :

presidencia@cmd.org.do

RNC 4-0150725-2



COLEGIO MEDICO DOMINICANO

[Ley 68-03 / GO 10215]
JUNTA DIRECTIVA NACIONAL
Dic. 2015 – Dic. 2017

Favor incluir nombres, apellidos, firmas y números de carnet de dos médicos que estén al día en el pago de sus cuotas en el CMD, quienes avalaran su ingreso a esta institución como **ASPITANTE A MIEMBRO TITULAR.-**

| Nombres & Apellidos | No. De Carnet | Firma | Ultimo Pago |
|---------------------|---------------|-------|-------------|
| | | | |
| | | | |

TOMAR EN CUENTA

Al momento de depositar las documentaciones deben de traer lo siguiente:

1. **ORIGINAL** y Copia de la Certificación del Exequatur.-
2. **ORIGINAL** y Copia del Juego Completo de la MESCyT, que son los Siguietes:
 - ✓ Original y Copia del Record de Notas 1-1.-
 - ✓ Original y Copia de la Certificación de Grado 2-1.-
 - ✓ Original y Copia de la Certificación de Título 4-1 / 5-1
 - ✓ 2 Fotos 2x2.-
 - ✓ Copia de Cedula.-

Costo: RD\$1,000.00 de Inscripción RD\$300.00 Carnet RD\$200.00 por la Certificación

Firmo este documento dando mis datos personales de mi profesión con el propósito de participar como **MIEMBRO TITULAR.-**

Firma del Solicitante

Fecha

NO LLENAR ESTE ESPACIO

Aprobado Por: _____

Fecha: _____

“Por el Bienestar del Médic@ y la Salud del Pueblo”

Paseo de l@s Médic@s Esq. Modesto Díaz, Zona Universitaria, Santo Domingo, Rep. Dom,
Tels. : (809) 533-4602 / 533-4686 / 533-8700 Fax: (809) 535-7337 email :

presidencia@cmd.org.do

RNC 4-0150725-2



COLEGIO MEDICO DOMINICANO

[Ley 68-03 / GO 10215]
JUNTA DIRECTIVA NACIONAL
Dic. 2015 – Dic. 2017

PLANES SOCIALES Y SEGURO DE VIDA

Datos Personales

Cedula: - Pasaporte _____

Apellidos

Nombres

Nacionalidad: Dominican@ () Otra: _____

Fecha de Nac.: D____ M____ A____, Si es dominicano especifique la provincia de
Nacimiento _____

Estado:

Soltero/a () Casado/a () Divorciado () Viuda/a () Unión Libre () Sexo ()

Dirección Domicilio:

Edificio _____ Apartamento _____ Sector _____

Ciudad _____ Provincia _____

Telefonos _____ Celular _____ Trabajo _____

E-mail _____ Pag Web _____

Favor de llenar el siguiente espacio con los datos de las personas que usted quiere que sean beneficiadas con SEGURO DE VIDA en caso de muerte natural o accidental.-

| Nombres y Apellidos | Parentesco | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Firma del Solicitante: _____ Fecha _____

“Por el Bienestar del Médic@ y la Salud del Pueblo”

Paseo de l@s Médic@s Esq. Modesto Díaz, Zona Universitaria, Santo Domingo, Rep. Dom,
Tels. : (809) 533-4602 / 533-4686 / 533-8700 Fax: (809) 535-7337 email :

presidencia@cmd.org.do

RNC 4-0150725-2



COLEGIO MEDICO DOMINICANO

[Ley 68-03 / GO 10215]
JUNTA DIRECTIVA NACIONAL
Dic. 2015 – Dic. 2017

“Por el Bienestar del Médic@ y la Salud del Pueblo”

Paseo de l@s Médic@s Esq. Modesto Díaz, Zona Universitaria, Santo Domingo, Rep. Dom,
Tels. : (809) 533-4602 / 533-4686 / 533-8700 Fax: (809) 535-7337 email :

presidencia@cmd.org.do

RNC 4-0150725-2