



COLEGIO MEDICO DOMINICANO

[Ley 68-03 / GO 10215]
JUNTA DIRECTIVA NACIONAL
Dic. 2023 – Dic. 2025

FORMULARIO DE MIEMBRO TITULAR

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 aspirante a miembro titular.

Nombres y Apellidos	No. de Carnet	Firma	Ultimo Pago (Uso del CMD)

Documentos a Depositar

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

1. Original y Copia de la Certificación del Exequátur.
2. Original y Copia de la legalización del Juego COMPLETO de la MESCYT: (Este incluye el Documento de la Universidad que acompaña la Certificación con la otra mitad del sello de la MESCYT).
3. Original y Copia de la Certificación Carta de Grado, con el documento que lo acompaña.
4. Original y Copia de Certificación Record de Nota.
5. Original y Copia de la Certificación de Título.
6. Original y Copia de la Certificación de Copia del Título.
7. 2 Fotos 2x2 Formal.
8. Presentar la Original y dejar Copia de la Cédula.

Costo: RD\$1,000.00 de la Inscripción RD\$ 200.00 por la carta de Certificación. RD\$ 500.00 Carnet

Firmo este documento dando mis datos personales y de mi profesión con el propósito de participar como Miembro Titular del CMD.

Firma del Solicitante

Fecha

NO LLENAR ESTE ESPACIO

APROBADO POR: _____

FECHA: _____

“Por la Salud del Pueblo, la Educación Continua y el Bienestar del Médico”

Paseo de los Médicos Esq. Modesto Díaz, Zona Universitaria, Santo Domingo, Rep. Dom.

Tels.: (809) 533-4602 (Ext.2010), email: computos@cmd.org.do

RNC 4-0150725-2



COLEGIO MEDICO DOMINICANO

[Ley 68-03 / GO 10215]
JUNTA DIRECTIVA NACIONAL
Dic. 2023 – Dic. 2025

DATOS PROFESIONALES

Graduación: D_____M_____A_____, Universidad: _____

País _____

Estudios Superiores:

En esta columna TIPO coloque el número correspondiente.

1. Médico General 2. Diplomado 3. Maestría 4. Especialidad
5. Sub-Especialidad 6. Otros.

Tipo	Nombre	Ciudad/Provincia	Teléfono	Cargo

¿Es profesor universitario? SI () NO ()

Indicar en que Universidad imparte _____

DATOS LABORALES

Lugar de Trabajo:

En esta columna TIPO coloque el número correspondiente.

1. MSP 2. IDSS 3. Privado 4. Militar 5. Público

Tipo	Nombre	Ciudad/Provincia	Teléfono	Cargo

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

Institución: _____

Teléfonos: _____ Dirección: _____

“Por la Salud del Pueblo, la Educación Continua y el Bienestar del Médico”

Paseo de los Médicos Esq. Modesto Díaz, Zona Universitaria, Santo Domingo, Rep. Dom.

Tels.: (809) 533-4602 (Ext.2010), email: computos@cmd.org.do

RNC 4-0150725-2

