AFTR®
ASOCIACIÓN FEDERAL DE TERAPEUTAS RESPIRATORIOS

Asociación Federal de Terapeutas Respiratorios
Colegio Mexicano de Especialistas en Terapia Respiratoria, S.C.
membresias@aftrmx.com · aftrmx.com

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Membresía de Colegiado AFTR® · Formato de registro

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo: _____

Profesión / grado: _____ **Cédula profesional (si aplica):** _____

Universidad o institución de egreso: _____

Institución donde labora: _____

Ciudad y estado: _____ **Edad:** _____

Teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

DATOS DE LA MEMBRESÍA

Membresía: ☐ Colegiado ☐ Colegiado Estudiante ☐ Colegiado Extranjero

Vigencia: ☐ Anual ☐ Semestral

Número de pedido en aftrmx.com: _____ **Fecha de pago:** _____

DATOS DEL TUTOR (solo si el solicitante es menor de edad)

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Teléfono: _____ **Correo electrónico:** _____

_____ _____

Firma del solicitante **Firma del padre, madre o tutor** (si aplica)

Documentos a enviar después de tu pago

1. Esta Solicitud de Afiliación, llena y firmada.
2. Carta Compromiso del Colegiado, firmada.
3. Fotografía digital (JPG o PNG) con vestimenta formal, tomada hasta las clavículas o medio hombro.
4. Documento que te acredite como terapeuta respiratorio o personal de una carrera afín al área de la salud (título, cédula o constancia de estudios).
5. CURP.
6. Identificación oficial (INE o pasaporte).

Súbelos en **aftrmx.com/documentos-de-colegiado** o envíalos a **membresias@aftrmx.com**.