



ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE MÉXICO A. C.

Afiliación a la Asociación de Profesionales de Salud Pública del Estado de México A. C.
Estos son los requisitos.

REQUISITOS:

1. Solicitud de Ingreso.
2. Curriculum Vitae.
3. Carta de Motivos para el ingreso.
4. Propuesta de ingreso.

Enviar la solicitud y los documentos al correo electrónico:

asociacion.saludpublica.edomex@gmail.com

La notificación de aceptación será vía correo electrónico dentro de los 7 días hábiles posterior a la solicitud.

Una vez aceptado, realizar el pago de \$500.00 en la siguiente cuenta de cheques:

BANCO: BBVA

CUENTA NO: 0122767015

CLABE: 012420001227670152

A NOMBRE DE: Asociación de Profesionales de Salud Pública del Estado de México

Enviar el comprobante de pago o transferencia dentro de los 7 días hábiles y una fotografía tamaño infantil actual a color al correo electrónico:

asociacion.saludpublica.edomex@gmail.com

ATENTAMENTE
COMISIÓN DE AFILIACIÓN.



ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE MÉXICO A. C.

Solicitud de Ingreso

Nombre del solicitante: _____
Nombre (s) Apellido Paterno Apellido Materno

R.F.C.: _____ CURP _____

Razón Social: _____

Domicilio: _____
Calle y numero Colonia C.P.
Municipio o alcaldía Estado País

Contacto

Teléfono laboral: _____ Teléfono particular: _____
Teléfono celular: _____ Correo 1: _____
Correo 2: _____

Datos laborales

Profesión: _____ Especialidad: _____
Institución donde labora: _____ Puesto: _____
Actividades que realiza: _____

Firma del solicitante



ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE MÉXICO A. C.

PROPUESTA PARA INGRESAR A LA APSPEM.

Toluca, Méx., a (día) de (mes) del 20 (año).

Me permito recomendar para ingresar a la Asociación de Profesionales de la Salud Pública del Estado de México, a _____ *(nombre completo)*

con profesión (sinbreviaturas)

que actualmente labora en _____ *(Institución)* y

desempeña actividades de Salud Pública.

Sin más por el momento, le agradezco la atención prestada a la presente.

ATENTAMENTE

(Nombre completo y firma del miembro activo de la Asociación)



ASOCIACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE MÉXICO A. C.

CARTA DE MOTIVOS PARA INGRESAR A LA APSPEM.

Toluca, Méx., a (día) de (mes) del 20 (año).

Describir en forma clara y precisa los principales motivos por lo cual solicita ingresar a la Asociación.

ATENTAMENTE

(Nombre completo y firma del solicitante)