



**SOLICITUD DE CARNET DE IDENTIFICACIÓN DEL
COLEGIO MEDICO DE HONDURAS**

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.