



**SOLICITUD DE REGISTRO
PARA PARTICIPACIÓN DE EVENTOS EN LÍNEA**

EVENTO			
Nombre del Evento:			
Fecha: / /		Institución	
<small>Día / Mes / Año</small>		<small>Institución</small>	
NOMBRE DEL PARTICIPANTE			
Apellido Paterno		Apellido Materno	Nombre
Profesión	Cédula Profesional	Teléfono	Correo Electrónico
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
<small>Es miembro del CBM</small>	<small>Año de Afiliación</small>	<small>Es miembro de algún otro organo colegiado</small>	<small>Escriba el nombre del colegio y su año de afiliación</small>

Haga una pequeña semblanza de su formación como profesional. _____

Describa brevemente, la razón por la que le interesa este evento. _____

Enviar el presente formato de registro a los siguientes correos:

- consejocertificacion@colegiodebiologosdemexico.org
- contacto@colegiodebiologosdemexico.org
- secretaria@colegiodebiologosdemexico.org