



TERAPEUTAS EN LINFODRENAJE

Asociación Linfática de México, A.C.

FORMATO DE PAGO DE CUOTAS

DATOS DE FACTURACIÓN

Nombre:

Apellido Paterno

Materno

Nombre(s)

Dirección:

Calle

No. Ext.

No. Int.

Colonia

Cod. Postal

Ciudad

Estado

País

()

()

Teléfono

Fax

E-mail (CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE)

Recibo a nombre de

(Sólo en caso de ser a diferente nombre para efectos fiscales)

Dirección

Calle

No. Ext.

No. Int.

Colonia

Cod. Postal

Ciudad

Estado

País

R.F.C.

FORMAS DE PAGO:

Marque el inciso correspondiente con una X:

A

Transferencia Bancaria por la cantidad de \$ _____ . ____ con la clabe: **BANCO**

B

Pago en efectivo por la cantidad de: \$ _____ . ____ en las instalaciones de la ALM, A.C.

C

Deposito con _____ a nombre de la Asociación Linfática de México, A.C. en la cuenta: **BANCO**

Cuotas:

(Favor de indicar con una "X" las anualidades o categoría que desea pagar)

2024

2025

2026

2027

Inscripción

Reingreso: En la categoría de reingreso son considerados los socios que adeudan más de tres anualidades sin goce de antigüedad.

CATEGORÍAS DE CUOTAS:

(Favor de indicar con una "X" la categoría y monto)

1 Anualidad \$ _____ Categoría _____ \$ _____ .00

2 Inscripción nuevo socio \$ _____

Transferencias:

Asociación Linfática de México A.C.
BANCOMER CUENTA 0121 4426 27
CLABE 0121 8000 1214 4262 77



TERAPEUTAS EN LINFODRENAJE

Llene ésta forma y envíela de inmediato a:

Asociación Linfática de México, A.C.

Correo: ma.eugeniara1987@hotmail.com con copia a:
contacto@asociacionlinfaticademexico.org.mx

47377686 / (55) 1815 2794

TERAPEUTAS EN LINFODRENAJE



TERAPEUTAS EN LINFODRENAJE

Asociación Linfática de México, A.C.

SOLICITUD DE INGRESO

DATOS GENERALES

Nombre:			
Apellido Paterno	Materno	Nombre(s)	
Fecha y Lugar de Nacimiento		Edad	Sexo
En caso de ser extranjero No. F.M.3		Vigencia	Fecha de naturalización como Mexicano
Especialidad:			
Dirección:			
No. Ext.		No. Int.	Colonia
Cod. Postal	Ciudad	Estado	País
Teléfono		E-mail (CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE)	
R.F.C.			

Institución donde labora actualmente:			
Dirección:			
Calle		No. Ext.	No. Int.
Cod. Postal		Ciudad	País
Teléfono		E-mail (CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE)	
Colonia			
R.F.C.			

Consultorio:			
Dirección:			
Calle		No. Ext.	No. Int.
Cod. Postal		Ciudad	País
Teléfono		E-mail (CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE)	
Colonia			
R.F.C.			

EDUCACIÓN:	
Universidad o Escuela:	
Reg. S.S.A.:	
Reg. D.G.P.:	
En caso de ser extranjero Reg. Oficial de su País:	

TERAPEUTAS EN LINFODRENAJE



Asociación Linfática de México, A.C.

SOLICITUD DE INGRESO

DATOS GENERALES

OTROS GRADOS: (Maestría, Doctorado, Diplomado, Subespecialidad y Lugar donde se realizó)

MIEMBROS DE LA ASOCIACIÓN LINFÁTICA DE MÉXICO A.C. QUE LO RECOMIENDAN:

Nombre

Nombre

CATEGORÍA A LA QUE SOLICITA SU INGRESO:

Transitorio

Asociado

Titular

Correspondiente extranjero

Nombre completo y Firma del interesado

LA SOLICITUD DEBE ACOMPAÑARSE DE:

- Curriculum Vitae
- Archivo electrónico de fotografía tamaño infantil.
- Escaneo del título ó constancia de especialidad.
- Escaneo de la cédula profesional expedida por la Dirección General de Profesionales (SEP).
- Llenar formatos pago de cuotas y registro de datos personales.
- Pago de la cuota a la Asociación de acuerdo a la categoría de ingreso.
- Anexar diploma de curso de Linfoterapeuta



TERAPEUTAS EN LINFODRENAJE

Llene ésta forma y envíela de inmediato a:
Asociación Linfática de México, A.C.
Correo: ma.eugeniara1987@hotmail.com con copia a:
contacto@asociacionlinfaticademexico.org.mx
47377686 / (55) 1815 2794

Transferencias:

Asociación Linfática de México A.C.
BANCOMER CUENTA 0121 4426 27
CLABE 0121 8000 1214 4262 77

TERAPEUTAS EN LINFODRENAJE