

Datos del beneficiarioNombre(s): Apellido paterno: Apellido materno: Fecha de nacimiento: ¿Nació en el Sanatorio Español? ☐ Sí ☐ NoNacionalidad: Estado civil: Ocupación: Domicilio actual: Colonia: Teléfono: E-mail: Ciudad: C.P.: Estado: País: CURP: Nombre del cónyuge: ¿Es Asociado del Sanatorio? ☐ Sí ☐ NoNombre del padre: Nacionalidad: ¿Es Asociado del Sanatorio? ☐ Sí ☐ No Número: Nombre de la madre: Nacionalidad: ¿Es Asociada del Sanatorio? ☐ Sí ☐ No Número: Domicilio actual de los padres: Ciudad: Estado: País:

Asociados que apoyan esta solicitud

Nombre:		Nombre:	
Firma		Firma	
No. de Asociado: F		No. de Asociado: F	
Prefijo "F" (Fundador: Español, hijo de Español o nieto de Español)			

El que suscribe, me han informado de los derechos y obligaciones que constan en LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES DE USO, REGLAMENTO INTERNO DE ASOCIADOS ASI COMO LA VIGENCIA OBLIGATORIA DE 36 MESES DE CONTRATACIÓN los cuales también se encuentran publicados en formato electrónico en la página web del Sanatorio www.sanatorio.com.mx De igual manera, me obligo por mis propios medios a verificar y actualizarme en el contenido de los mismos.

Me doy por informado(a), que el reglamento electrónico publicado será el vigente y por lo tanto aplicable en el momento que solicite servicios al Sanatorio en calidad de asociado; por lo que solicito al H. Consejo Directivo ingresar como asociado(a).

Documentos que acompañan la solicitud

Copia de Acta de Nacimiento	☐	Copia de Identificación Oficial de quien firma la solicitud	☐	Copia de Cédula Fiscal	☐
Certificado Médico de buena salud	☐	Resultado de Estudios solicitados	☐	Otros (especifique)	☐
Copia de Acta de Matrimonio	☐	Formato Datos Fiscales	☐		

Firma del solicitante

Nota: si el solicitante es menor de edad firmará cualquiera de sus padres

Para uso exclusivo de la Institución

Fecha:	Familia:	Observaciones:
Donativo:	Zona:	
Cuota mensual:	Aceptado:	
Asociado:		