



**Formato de Solicitud para la Certificación de Centros de
Rehabilitación Cardíaca**

Fecha de la solicitud _____

Por medio de la presente, yo, el Dr _____ nombre del Director del Centro
como Director del Centro de Rehabilitación Cardíaca, solicito la evaluación del Centro:
_____ nombre del Centro

para la acreditación del programa de Homologación y Certificación de Centros de
Rehabilitación Cardíaca por parte de la Sociedad Mexicana para el Cuidado del
Corazón A.C.

A continuación se encuentran los datos solicitados para dicho trámite.

Nombre del Centro _____
Nombre del Director _____
Cédula Profesional _____ Número de certificación correspondien

Dirección del Centro

Calle: _____
Colonia: _____
Alcaldía/Municipio: _____ Estado: _____
Ciudad: _____ País: _____
C.P. _____
Teléfono del contacto _____
Correo electrónico del _____
contacto

Como requisito indispensable, me comprometo a enviar el curriculum vitae del
Director del Centro, al correo electrónico somerep_md@yahoo.com, Así como llenar
los espacios del formato con letra legible o a máquina, firmarlo, escanearlo y enviarlo
a la misma dirección electrónica.

Nombre y Firma del solicitante