COLEGIO DE MICROBIÓLOGOS Y QUÍMICOS CLÍNICOS DE HONDURAS

REGISTRO DE REGENCIA DE UN LABORATORIO

Yo _____,
hondureño (a), mayor de edad, Microbiólogo (a) con Orientación en _____,

número de identidad _____, número de Colegiación _____, estado civil _____, con domicilio en la siguiente dirección _____

del departamento de _____, número de celular _____ y dirección de correo electrónico: _____; por este medio informo que ejerceré la Regencia en el Laboratorio _____

_____ ubicado en la siguiente dirección exacta:

_____

_____del Departamento de _____.
Mis funciones como REGENTE inician el día _____ del mes de _____ del año _____, cumpliendo con _____ horas diarias.

Acepto y me comprometo ineludiblemente a personalmente notificar al CMQCH cuando haya renunciado o cesado esta Regencia, mediante el formulario correspondiente.

Tengo funciones como REGENTE en otro Laboratorio: SI:____ NO:____

Cual: _____

Fecha: _____

FIRMA Y SELLO DE REGENTE

USO INTERNO CMQCH

CODIGO INSCRIPCION LABORATORIO: _____

Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A. Telefax: 2232-0753, 2231-1421/25 Cel: 9728-4162/9437-7249
Email: cmqch@yahoo.com cmqchadmon@yahoo.com www.cmqch.org