

Ciudad de _____ a ____ de _____, 202_

A QUIEN CORRESPONDA

JEFATURA DE DIVISIÓN DE ENSEÑANZA DE POSGRADO

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

Presente

Por medio de la presente, quien suscribe Dr.(a) _____
de nacionalidad _____ expreso mi compromiso para que en caso de
ser aceptado en el curso de **ortodoncia** en el ciclo académico 2022-2023, entregaré la
carátula de la PÓLIZA DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES (vigente al menos, del
01 de marzo de 2022 al 28 de febrero de 2023), cuando reciba la CARTA DE ACEPTACIÓN al
Hospital.

Así mismo, me comprometo a entregar en la División de Enseñanza de Posgrado, cada ciclo
académico, la nueva póliza vigente o el documento que ampare la atención médica
durante el curso.

Atentamente

Nombre completo y firma autógrafa