



Biblioteca Médica Nacional
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas/Infomed.

Calle 23 # 162 esquina N. Vedado. La Habana. Cuba. CP 10400.
Teléf. 7 8324317 / 7 8350022

CARTA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA USO DE LOS SERVICIOS BIBLIOTECARIOS-BMN

Datos del usuario

Nombres y Apellidos: _____

Ciudad y País: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Especialidad o Profesión: _____

Instituto/Hospital/Facultad/Policlínico: _____

Dirección: _____

Ciudad y País: _____ Teléfono Biblioteca o Docencia: _____

Correo electrónico Biblioteca o Docencia: _____

Tema de investigación: _____

Causas por las que la (el) bibliotecaria (o) remite al usuario (a) de su institución a los servicios de la Biblioteca Médica Nacional (BMN)

Fecha: _____

Nombre y Apellidos de Bibliotecaria (o) / Jefe de Docencia

Firma y Cuño

No. Carné usuario –BMN: _____

Autorizado por: _____

Jefe de Grupo Servicios al Público /BMN