"XI CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUJANOS DE COLUMNA"

Hotel Fairmont Acapulco Princess
Del 12 al 15 de septiembre de 2010.

ESPENCON®
Especialistas en Eventos Médicos

FORMATO DE REGISTRO

Fecha: / /

Titulo (Abreviado) _____ Nombre (s) _____

A. Paterno _____ A. Materno _____

Domicilio: _____ No. Ext. _____ No. Int. _____

Colonia: _____ Delegación/Municipio: _____

C. P.: _____ Cd. _____ Edo.: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-mail: _____

SI REQUIERE FACTURA FISCAL

Recibo a Nombre de: _____

R.F.C. _____ Domicilio: _____

_____ No. Ext. _____ No. Int. _____

Colonia: _____ Delegación/Municipio: _____

C. P.: _____ Cd. _____ Estado: _____

CUOTAS DEL CONGRESO

SOCIOS CUOTA ANUAL AL CORRIENTE (INCLUYE CONGRESO)	Sin Costo	☐	Hasta el 31 de Julio
	$ 3,000.00 + IVA	☐	A partir del 1° de Agosto
MEDICOS ESPECIALISTAS NO SOCIOS	$ 2,000.00 + IVA	☐	Hasta el 31 de Julio
	$ 3,000.00 + IVA	☐	A partir del 1° de Agosto
1.-RESIDENTES ACREDITADOS (Con carta de acreditación del hospital) 2.-ENFERMERIA Y PERSONAL DE APOYO	$ 1,000.00 + IVA	☐	Hasta el 31 de Julio
	$ 1,500.00 + IVA	☐	A partir del 1° de Agosto

TOTAL PAGO: _____

Nota:

El pago de la inscripción se deberá realizar a la cuenta **4025368580** del banco **HSBC** a nombre de **Asociación Mexicana de Cirujanos de Columna A.C**.

Una vez realizado su pago, favor de **enviar su ficha de depósito y este formato** con sus datos vía fax a los teléfonos:

01(55) 5564 7859
5574 3775
Ó al correo electrónico **info@amcico.org**

Presentar comprobante de depósito original al momento de registrarse durante el evento.