XIX CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUJANOS DE COLUMNA, A. C.

Hotel Moon Palace en Cancún,
Q. Roo.
del 13 al 16 de Septiembre de 2018

FORMATO DE REGISTRO

Fecha: / /

Titulo (Ort, Neur) _____ 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

MIEMBROS CUOTA ANUAL AL CORRIENTE
(INCLUYE CONGRESO) - $ 3,000.00 Neto ☐ Hasta el 31 de Marzo
$4,500.00 Neto ☐ A partir del 1° de Abril

MÉDICOS ESPECIALISTAS NO MIEMBROS - - - - - - - - $ 4,500.00 + IVA ☐ Hasta el 31 de Marzo
$ 6,000.00 + IVA ☐ A partir del 1° de Abril

1.-RESIDENTES
(Con carta de acreditación del hospital) $ 1,000.00 + IVA ☐
2.-ENFERMERÍA Y PERSONAL DE APOYO --- - - - - - $ 1,000.00 + IVA ☐

PAGO TOTAL: _____

Nota:
El pago de la inscripción se deberá realizar a nombre de **Asociación Mexicana de Cirujanos de Columna A.C.**
Banco H S B C Sucursal 37 No. de Cuenta: **4025368580 Clabe 021180040253685801** o bién a
Banco BANAMEX Sucursal 7008 No. de Cuenta: **2558975 Clabe 002180700825589759**
Una vez realizado el pago, favor de **enviar ficha de depósito y este formato** con sus datos vía fax al teléfono:
01(55) 5564 7859 Teléfono Directo **55-74-37-75**
o al correo electrónico **oficina.amcico@gmail.com**