

XLIII CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA NUCLEAR
San Luis Potosí, S.L.P. del 2 al 5 de Julio de 2009
FORMA DE REGISTRO

Nombre: Apellidos:

Dirección

Código Postal Ciudad

Estado País

Colonia: Fax.

Lada Teléfono

E-mail

Recibo a nombre de

(solo en caso de ser diferente nombre y para efectos fiscales)

Dirección

Código Postal Ciudad

Estado Colonia

R.F.C. País

Nombre del Acompañante

INSCRIPCIONES AL CURSO PRECONGRESO (30 de Abril 2009) Marque en el espacio correspondiente con una X.

Título	Hasta el 13 de Marzo de 2009	Durante el Congreso
Tomografía Computarizada	<input type="checkbox"/> \$ 1,500.00	\$ 1,500.00

INSCRIPCIONES AL CONGRESO Marque en el espacio correspondiente con una X.

Categoría	Hasta el 13 de Marzo de 2009	Durante el Congreso
Anualidad SMMN	<input type="checkbox"/> \$ 2,000.00	\$ 2,000.00
Socio Titular (al corriente)	<input type="checkbox"/> \$ 2,500.00	\$ 3,000.00
Socio Titular con anualidad incluida	<input type="checkbox"/> \$ 4,500.00	\$ 5,000.00
Médico No Socio	<input type="checkbox"/> \$ 5,000.00	\$ 5,500.00
Técnico Socio	<input type="checkbox"/> \$ 1,250.00	\$ 1,500.00
Técnico No Socio y Residentes	<input type="checkbox"/> \$ 1,750.00	\$ 2,000.00
Residente con trabajo aceptado	sin cargo	sin cargo
Estudiante de Medicina	<input type="checkbox"/> \$ 1,000.00	\$ 1,000.00
Cuota por día	- 0 -	\$ 1,500.00
Acompañante*	<input type="checkbox"/> \$ 1,250.00	\$ 1,500.00
Niños menores de 12 años**	<input type="checkbox"/> \$ 300.00	\$ 400.00

* Incluye: Cocktail de Bienvenida, Cena Tema Noche Cubana, Tours 1 y 2 ** No incluye Cena Tema

FORMA DE PAGO (Marque en el espacio correspondiente con una X)

Cheque a nombre de Sociedad Mexicana de Medicina Nuclear, A.C.

Cheque No. Banco

Cargo a su tarjeta de crédito por

El cargo será hecho por **B.P. Servimed, S.A. de C.V.**

Emisor de la tarjeta

Selected Card Número de la Tarjeta

Valida Desde Mes Año Valida Hasta Mes Año

Código de Seguridad Visa y M.C. los 3 últimos dígitos al reverso en el espacio de la firma American Express 4 dígitos que aparece a la derecha de la tarjeta

Nombre como aparece en la Tarjeta

Por este pagaré me obligo a pagar a la orden del emisor de mi tarjeta, el importe de este título. Este pagaré procede del contrato de apertura de crédito en cuenta corriente para el uso de tarjeta de crédito que el emisor y el tarjetahabiente tienen celebrado y representa las disposiciones que del crédito concedido hace el suscriptor. Tanto la restitución de la suma dispuesta, como los intereses que causará dicha suma se determinarán y calcularán en la forma, términos y condiciones convenidos en el contrato referido. Este pagaré es negociable únicamente con instituciones de crédito.

Fecha: Firma del tarjetahabiente

Llene esta forma y envíela de inmediato a



B.P. SERVIMED, S.A. DE C.V.
 Barranca del Muerto 520, Col. Alpes 01010 México D.F.
 Tel.: + (52 55) 91.71.95.70
 Fax : + (52 55) 56.60.19.03
 Email: smmn@servimed.com.mx
 Pagina Web: www.servimed.com.mx/nuclear_2009