



1er. CONGRESO NACIONAL DE LA FEDERACIÓN MEXICANA DE MEDICINA NUCLEAR E IMAGEN MOLECULAR, A.C.

México, D.F., 26 al 29 de Abril de 2012

FORMA DE REGISTRO

Nombre: _____
Apellido paterno materno Nombre(s)

Dirección: _____
Calle No. Ext. No. Int. Colonia

Cód. Postal Ciudad Estado País

() ()

Lada Teléfono Lada Fax E-mail (CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE)

Recibo a nombre de: _____
(Sólo en caso de ser a diferente nombre y para efectos fiscales)

Dirección: _____
Calle No. Ext. No. Int. Colonia

Cód. Postal Ciudad Estado País R.F.C.

Nombre del Acompañante: _____

INSCRIPCIÓN AL CURSO PRECONGRESO Marque en el espacio correspondiente con una X

International Course in Radionuclide Therapies and PET/CT with 68 Gallium Peptides
 Hospital Ángeles del Pedregal (Cupo limitado) Sin Cargo

INSCRIPCIONES AL CONGRESO Marque en el espacio correspondiente con una X

CATEGORÍA	Hasta el 13 de Abril de 2012	Durante el Congreso
Socio Titular con anualidad incluida	<input type="checkbox"/> \$ 4,250.00	<input type="checkbox"/> \$ 4,500.00
Médico No Socio/Socio con adeudo	<input type="checkbox"/> \$ 5,250.00	<input type="checkbox"/> \$ 5,500.00
Profesionista en otra Especialidad	<input type="checkbox"/> \$ 5,250.00	<input type="checkbox"/> \$ 5,500.00
Técnico Socio	<input type="checkbox"/> \$ 1,250.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,500.00
Técnico No Socio y Residente	<input type="checkbox"/> \$ 1,750.00	<input type="checkbox"/> \$ 2,000.00
Residente con trabajo aceptado	<input type="checkbox"/> Sin cargo	
Estudiante de Medicina	<input type="checkbox"/> \$ 900.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,000.00
Estudiante Técnico Radiólogo*	<input type="checkbox"/> \$ 300.00	<input type="checkbox"/> \$ 300.00
Cuota por día	- 0 -	<input type="checkbox"/> \$ 2,000.00
Acompañante**	<input type="checkbox"/> \$ 800.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,000.00
Niños menores de 12 años***	<input type="checkbox"/> \$ 350.00	<input type="checkbox"/> \$ 400.00

* Inscripción únicamente para Curso de Técnicos, presentar credencial vigente; No Incluye ningún evento social

** Incluye: Cocktail de Bienvenida, Cena Baile y Tours

*** No incluye Cena Baile

FORMA DE PAGO Marque en el espacio correspondiente con una X

Cheque a nombre de *Federación Mexicana de Medicina Nuclear e Imagen Molecular, 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 American Express Visa Master Card

No.de tarjeta _____

Válido desde mes año Válido 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 No. 520, Col. Alpes, 01010 México, D.F.

Tel: + 52 (55) 9171-9570 / Fax: + 52 (55) 5660-1903

E-mail: smmn@servimed.com.mx / Web page: www.servimed.com.mx/smmn12