

**IV CONGRESO INTERNACIONAL DEL  
HEMISFERIO NORTE - CENTRO AMÉRICA Y EL CARIBE  
ALACCSA-R CMCC  
"EL SEGMENTO ANTERIOR EN LA PRÁCTICA DIARIA"  
HOTEL CAMINO REAL, MÉXICO D.F.**

**del 29 al 31 de Octubre de 2009 / October 29 - 31, 2009  
FORMA DE REGISTRO / REGISTRATION FORM**

Nombre / Name:	<input type="text"/>	Apellidos / Last Name:	<input type="text"/>
Dirección / Address	<input type="text"/>		
Cód. Postal / Zip Code	<input type="text"/>	Ciudad / City	<input type="text"/>
Estado / State	<input type="text"/>	País / Country	México
Lada	<input type="text"/>	Teléfono / Telephone	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		
Recibo a nombre de / Receipt in the name of	<input type="text"/>		

**(solo en caso de ser diferente nombre y para efectos fiscales / Only in case where it may differ to the above name)**

Dirección / Address	<input type="text"/>		
Cód. Postal / Zip Code	<input type="text"/>	Ciudad / City	<input type="text"/>
Estado / State	<input type="text"/>	País / Country	<input type="text"/>
R.F.C.	<input type="text"/>		

**INSCRIPCIONES AL CONGRESO / CONGRESS REGISTRATION**

**Marque en el espacio correspondiente con una X. / Mark the corresponding box with a X**

Categoría / Category	Hasta el 15 de Octubre, 2009 / Until October 15, 2009	Durante el Congreso / During the Congress
Oftalmólogos Extranjeros / Foreign Ophthalmologists	<b>US \$ 180.00</b>	<b>US \$ 200.00</b>
Residentes Extranjeros / Foreign Residentes	<b>US \$ 85.00</b>	<b>US \$ 100.00</b>
Socios SMO / Members	<b>M.N. \$ 2,200.00</b>	<b>M.N. \$ 2,500.00</b>
No Socio / Non Member	<b>M.N. \$ 2,500.00</b>	<b>M.N. \$ 2,800.00</b>
Estudiante y Residente / Fellows and Residents	<b>M.N. \$ 1,200.00</b>	<b>M.N. \$ 1,500.00</b>
* Deberá comprobarlo mediante Carta del Jefe de Enseñanza de su Hospital o credencial de su Escuela / With effective credential or school enrollment copy		

**FORMA DE PAGO / FORM OF PAYMENT**

**Marque en el espacio correspondiente con una X / Mark the corresponding box with a X**

Cargo a su tarjeta de crédito por / Credit card charge	<input type="checkbox"/>
El cargo será hecho por B.P. Servimed, S.A. de C.V. / Charge will be made by B.P. SERVIMED, S.A. de C.V.	<input type="checkbox"/>
Emisor de la Tarjeta / Card Issuer:	<input type="text"/>
Número de Tarjeta / Card Number:	<input type="text"/>
Valido desde / Valid From Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Valido hasta / Expiration date Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>
Código de Seguridad / Security Code	<input type="text"/>
Nombre como aparece en la Tarjeta / Name of Cardholder	<input type="text"/>

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  
Visa and M.C. a 3 digit number found in the back of the card.  
American Express a 4 digit number found in the center right of your card

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

Llene esta forma y envíela de inmediato a / Please fill in this form and send it immediately to:



**B.P. SERVIMED, S.A. DE C.V.**  
Barranca del Muerto 520, Col. Alpes 01010 México DF  
Tel.: + (52 55) 91.71.95.70 / Fax. + (52 55) 56.60.19.03  
Email: [alacsa@servimed.com.mx](mailto:alacsa@servimed.com.mx)  
Página Web: [www.servimed.com.mx/alacsar2009](http://www.servimed.com.mx/alacsar2009)