



**VIII CURSO ANUAL DE ULTRASONIDO 2009
WORLD TRADE CENTER
Ciudad de México, del 12 al 15 de Septiembre de 2009
FORMA DE REGISTRO**

Nombre: Apellidos:

Dirección

Colonia Código Postal

Ciudad Estado

País

Lada Teléfono

Fax.

E-mail

Recibo a nombre de

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

Dirección

Colonia Código Postal

Ciudad Estado

País R.F.C.

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

Categoría	Hasta Agosto 31 de 2009	Durante el Congreso
SOCIOS SMRI AMUSEM CMU *	\$ 2,300.00	\$ 3,050.00
SOCIOS DE OTRAS SOCIEDADES RADIOLÓGICAS DEL PAÍS Y SOCIOS DE LA ASOCIACION MEXICANA DE MASTOLOGIA **	\$ 2,300.00	\$ 3,050.00
NO SOCIOS	\$ 3,050.00	\$ 3,600.00
TÉCNICOS RADIÓLOGOS Y RESIDENTES ***	\$ 950.00	\$ 1,250.00
ESTUDIANTES ****	\$ 630.00	\$ 730.00
POR DÍA o 13 o 14 o 15	\$ 1,350.00	\$ 1,500.00
TALLERES Y MINICURSOS	Sin cargo para inscritos al Curso (Cupo Limitado)	
* Al corriente en sus cuotas hasta 2009		
** Carta constancia de su Sociedad		
*** Con carta de su hospita		
**** Acreditado con credencial vigente, cupo limitado.		

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

Cargo a su tarjeta de crédito por

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

Emisor de la tarjeta

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
C.P. 01010 México D.F.
Tel.: +52 (55) 9171-9570 / Fax. +52 (55) 5660-1903
Email: smricurso@servimed.com.mx
Web Page: www.servimed.com.mx/us2009