

# V CURSO / TALLER DE EDUCACIÓN, PROFESIONALISMO Y LIDERAZGO EN MEDICINA

18 y 19 de enero de 2019, Hospital Ángeles Pedregal, Ciudad de México, México

## FORMA DE REGISTRO

Email:		
Título:		
Nombre:	Apellidos:	
Calle y Número:		
C.P.:	Colonia:	Ciudad:
Municipio o Delegación:	Estado:	País:
Teléfono:		

### DATOS DE FACTURACIÓN

Razón social o nombre:		
R.F.C.		
(EN CASO DE NO LLENAR ESTE CAMPO SE LE GENERARÁ UNA FACTURA CON UN RFC GENÉRICO)		
Calle y Número:		
Colonia:	Ciudad:	
Municipio o Delegación:	Estado:	C.P.:

**LE RECORDAMOS QUE POR DISPOSICIÓN OFICIAL EN MATERIA FISCAL, NO SE REALIZARÁN CAMBIOS NI CANCELACIONES A FACTURAS EMITIDAS, POR LO QUE LE SUGERIMOS CONFIRMAR CORRECTAMENTE SUS DATOS DE FACTURACIÓN**

### INSCRIPCIONES AL CURSO (Marque con una x el espacio elegido)

Categoría	Antes del curso	Durante el curso
Médico	<input type="checkbox"/> \$ 2,000.00 MXN	\$ 2,200.00 MXN
Residente	<input type="checkbox"/> \$ 800.00 MXN	\$ 1,000.00 MXN

### FORMA DE PAGO (Marque con una x el espacio elegido) Favor de presentar su comprobante de depósito original

Transferencia bancaria a nombre de Sociedad Mexicana de Radiología e Imagen, A.C.

**Banco:** Banamex **Cuenta:** 153398-9 **Sucursal:** 266 **CLABE:** 002180026615339893

Cheque a nombre de Sociedad Mexicana de Radiología e Imagen, 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:  Visa  Master Card  American Express

No. de tarjeta:

Válido hasta:

Mes: Año:

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: \_\_\_\_\_



B.P. SERVIMED, S.A. DE C.V.  
Barranca del Muerto No. 520, Col. Los Alpes, 01010 México,  
Ciudad de México  
Tel: 52 (55) 9171-9570 / Fax: + 52 (55) 9171 - 9579  
Sitio web: <https://www.servimed.com.mx/ev/2019/acer/>  
E-mail: [acer@servimed.com.mx](mailto:acer@servimed.com.mx)

Firma: \_\_\_\_\_