

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

INSCRIPCIÓN AL CONGRESO (Marque con una x el espacio elegido)

Categoría	Hasta el 10 de marzo de 2019	Hasta el 1 de septiembre de 2019	En Sitio
Miembro CMCCR	<input type="checkbox"/> \$ 3,500.00	\$ 3,800.00	\$ 4,200.00
No miembro	<input type="checkbox"/> \$ 3,900.00	\$ 4,400.00	\$ 4,800.00
Residente	<input type="checkbox"/> \$ 2,600.00	\$ 2,900.00	\$ 3,200.00
Enfermero, Técnico y Optometrista	<input type="checkbox"/> \$ 2,400.00	\$ 2,800.00	\$ 3,100.00
Curso precongreso	<input type="checkbox"/> \$ 1,000.00	\$ 1,200.00	\$ 1,500.00

Cancelación de inscripciones: Hasta el 1 de agosto de 2019 se hará un cargo administrativo del 25%. A partir del 2 de agosto de 2019 no se otorgarán devoluciones. Las cancelaciones deben ser por escrito.

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

Transferencia bancaria a nombre de Centro Mexicano de Córnea y Cirugía Refractiva A.C. \$
Banco: BANBAJIO **Cuenta:** 0165439280201 **CLABE:** 030180900008431522

Cheque a nombre de Centro Mexicano de Córnea y Cirugía Refractiva, 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: 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: _____



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: www.servimed.com.mx
 E-mail: cornea@servimed.com.mx

Firma: _____