

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 en el espacio correspondiente con una x)

Categoría	Cuota
Registro	<input type="checkbox"/> \$ 1,500.00 MN

Se requiere el 80% de asistencia a las conferencias para obtener la constancia

Cupo limitado a 100 personas

Cancelación de inscripciones: Hasta el 10 de marzo de 2019 se hará un cargo administrativo del 25%.

A partir del 11 de marzo de 2019 no se otorgarán devoluciones. Las cancelaciones deben ser por escrito.

Forma de pago (Marque en el espacio correspondiente con una x)

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:

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: _____

