

Curso de Actualización del Hospital de la Luz

15 y 16 de marzo de 2019, Hotel Fiesta Americana Reforma, Ciudad de 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 GÉNÉRICO)		
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 3 de marzo de 2019	En sitio
Médico egresado del Hospital de la Luz (Residencia y/o Curso de Alta Especialidad)	<input type="checkbox"/> \$ 2,000.00 MXN	\$ 2,500.00 MXN
Médico de base en otras instituciones	<input type="checkbox"/> \$ 4,200.00 MXN	\$ 4,800.00 MXN
Residente de otras instituciones	<input type="checkbox"/> \$ 1,100.00 MXN	\$ 1,300.00 MXN
Médico de base del Hospital de la Luz	<input type="checkbox"/> SIN COSTO	SIN COSTO
Residente del Hospital de la Luz	<input type="checkbox"/> SIN COSTO	SIN COSTO

Cancelación de inscripciones: Hasta el 3 de febrero de 2019 se hará un cargo administrativo del 25%. A partir del 4 de febrero 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 Fundación Hospital Nuestra Sra. de la Luz, I.A.P. \$
Banco: BBVA/BANCOMER Cuenta:0067 Sucursal: 0152336197 CLABE: 012180001523361971

Cheque a nombre de Fundación Hospital Nuestra Sra. de la Luz, I.A.P.
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, D.F.
Tel: 52 (55) 9171-9570
Sitio web: <https://www.servimed.com.mx/ev/2019/hluz/>
E-mail: hospitaldelaluz@servimed.com.mx

Firma: _____