



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	Antes del 2 de mayo de 2019	Antes del 18 de septiembre de 2019	En sitio
Miembros de ALACP	<input type="checkbox"/> \$ 350 usd	\$ 400 usd	\$ 450 usd
No miembro ALACP	<input type="checkbox"/> \$ 400 usd	\$ 450 usd	\$ 500 usd
Estudiantes, residentes y enfermeras	<input type="checkbox"/> \$ 100 usd	\$ 100 usd	\$ 130 usd
Acompañante *	<input type="checkbox"/> \$ 120 usd	\$ 120 usd	\$ 150 usd

*Incluye cóctel de bienvenida y cena de gala

Cancelación de inscripciones: Hasta el 18 de agosto de 2019 se hará un cargo administrativo del 25%. A partir del 19 de agosto de 2019 no se otorgarán devoluciones. Las cancelaciones deben ser por escrito.

CURSOS PRECONGRESO

Categoría	Antes del 2 de mayo de 2019	Antes del 18 de septiembre de 2019	En Sitio
Simposio de dermatología perianal (Cupo 150 personas. Duración 3 horas)	<input type="checkbox"/> \$ 100 usd	\$ 120 usd	\$ 150 usd
Curso integral de Piso Pélvico y Sonografía (Cupo 150 personas. Duración 8 horas)	<input type="checkbox"/> \$ 150 usd	\$ 175 usd	\$ 200 usd
Curso Teórico de Colonoscopia Avanzada Terapéutica (Cupo 150 personas. Duración 4 horas)	<input type="checkbox"/> \$ 100 usd	\$ 120 usd	\$ 150 usd
Curso Práctico de Colonoscopia Avanzada Terapéutica (Cupo 24 personas)	<input type="checkbox"/> \$ 300 usd	\$ 320 usd	\$ 350 usd
Taller de Escritura Científica y Publicación (Junta Editorial de Diseases of the Colon & Rectum)	<input type="checkbox"/> \$ 100 usd	\$ 120 usd	\$ 150 usd

EVENTOS SOCIALES

Cena de Gala	<input type="checkbox"/> \$ 50 usd	\$ 50 usd	\$ 50 usd	\$ 70usd
--------------	------------------------------------	-----------	-----------	----------

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

Cargo a su tarjeta de crédito por B.P. Servimed S.A. de C.V.

\$

Emisor de la tarjeta: Visa Master Card American Express

No. de tarjeta:

Váildo hasta: 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

Mes: Año:

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: _____

