CONGRESO INTERNACIONAL
DE ULTRASONIDO OFTALMOLÓGICO

Del 20 al 24 de noviembre de 2019, Hacienda Galindo, San Juan del Río, Qro.

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 10 de noviembre de 2019	En sitio
Miembro	$ 5,000.00	$ 6,000.00
No miembro	$ 6,000.00	$ 7,300.00
Residente	$ 2,500.00	$ 3,000.00
Acompañante	$ 2,000.00	$ 2,000.00

Cancelación de inscripciones: Hasta el 10 de octubre de 2019 se hará un cargo administrativo del 25%. A partir del 11 de octubre 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 ULTRASONIDO EN OFTALMOLOGÍA $
Banco: Scotiabank **Cuenta:** 00101144642 **Sucursal:** 001233 **CLABE:** 044180001011446428

☐ 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: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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

Válido hasta: ☐☐☐☐ Mes: Año:

Código de seguridad: ☐☐☐☐

_____
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: _____

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://servimed.com.mx/ev/2019/us-oftalmo/hospedaje.php
E-mail:usoftalmo@servimed.com.mx