



XXXV CONGRESO MEXICANO DE OFTALMOLOGÍA

Acapulco, Guerrero, del 6 al 10 de junio de 2020

FORMA DE REGISTRO

Email:		
Título:		
Nombre:	Apellidos:	
País:	C.P.:	Estado:
Colonia:	Municipio:	Ciudad:
Calle y número:	Teléfono:	
Nombre gafete:	Apellidos gafete:	

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 CONGRESO (Marque con una x el espacio elegido)

Categorías	Hasta el 13 de diciembre de 2019	Hasta el 15 de mayo de 2020	En sitio
Socio	<input type="checkbox"/> \$ 6,300.00	\$ 7,800.00	\$ 9,000.00
No Socio	<input type="checkbox"/> \$ 11,000.00	\$ 13,700.00	\$ 15,800.00
Residentes*	<input type="checkbox"/> \$ 3,200.00	\$ 3,800.00	\$ 4,400.00
Técnico o enfermera	<input type="checkbox"/> \$ 3,200.00	\$ 3,800.00	\$ 4,400.00

*Deberá comprobarlo mediante carta del Jefe de Enseñanza de su hospital

Cancelaciones hasta el 15 de abril de 2020 se hará un cargo administrativo del 25%. A partir del 16 de abril de 2020 no habrá cancelaciones.

Las cancelaciones deben ser por escrito.

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

Cheque a nombre de "Sociedad Mexicana de Oftalmología 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:

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
E mail: congresosmo@servimed.com.mx
Sitio web: www.smo.org.mx