



# LO ACTUALMENTE POSIBLE EN ENFERMEDADES VITREORRETINIANAS

Hotel Camino Real Polanco, del 7 al 9 de febrero de 2019, 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 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 con una x el espacio elegido)

Categoría	Hasta el 21 de enero de 2019	En sitio
Médico Adscrito CONVAL	<input type="checkbox"/> SIN COSTO	\$ 2,000.00 MXN
Médico de otras instituciones	<input type="checkbox"/> \$ 3,800.00 MXN	\$ 4,700.00 MXN
Residentes de otras instituciones	<input type="checkbox"/> \$ 1,500.00 MXN	\$ 1,900.00 MXN
Egresado CONVAL	<input type="checkbox"/> \$ 2,200.00 MXN	\$ 3,200.00 MXN
Residente CONVAL	<input type="checkbox"/> SIN COSTO	\$ 1,200.00 MXN

Cancelación de inscripciones: Hasta el 21 de diciembre de 2018 se hará un cargo administrativo del 25%. A partir del 22 de diciembre de 2018 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 de Asistencia Privada Conde de Valenciana I.A.P. \$   
**Banco:** BBVA BANCOMER **Cuenta:** 0447 6609 01 **CLABE:** 012 180 004476 60901 7

Cheque a nombre de: Fundación de Asistencia Privada Conde de Valenciana 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

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

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) 5660-1903  
E mail : conval@servimed.com.mx  
Sitio web : www.servimed.com.mx/conval2019