"VERITATIS LUX OCULO INSERVIENS" 1893

World Action Plan for ROP: An avoidable visual disability

Ritz-Carlton Hotel Cancún, México, Del 31 de Agosto al 02 de Septiembre de 2017 / August 31st - September 2nd 2017

Forma de Registro / Registration Form

Nombre / Name:

Nombre / Name | Apellidos / last Name(s)

Dirección / Address:

Calle y número / Street & number | ext. no | int. no | Colonia / District

Cód. Postal / Zip Code | Ciudad / City | Estado / State | País / Country

( ) ( )

Lada / Area Code | Teléfono / Telephone | Lada / Area Code | Celular / Mobile | Email (Con letra de Molde legible / Clear letter)

Nombre de la empresa /Company name (if needed):

Social Security Number / RFC:

Dirección / Address:

Calle / Street | ext. no | int. no | País / Country

Lada / Zip Code | Ciudad / City | Estado / State | País / Country

Inscripción al Congreso (Marque con una x el espacio elegido) / Congress Registration (Please tick in the applicable space X)

Categoría / Category	Del 31 de mayo al 16 de agosto de 2017 / may 31st - august 16th, 2017	En sitio / On Site
Socio SMO / SMO´s Member	☐ $ 3,500.00 MN	$ 4,500.00 MN
Socio Federación Nacional de Neonatología de México / Member of the Mexican Federation of Neonatologists	☐ $ 3,500.00 MN	$ 4,500.00 MN
No socio / Non Member	☐ $ 5,500.00 MN	$ 6,500.00 MN
Residente mexicano / Mexican resident	☐ $ 1,700.00 MN	$ 2,000.00 MN
Enfermera mexicana / Mexican Nurse	☐ $ 1,700.00 MN	$ 2,000.00 MN
Técnico mexicano / Mexican Technician	☐ $ 1,700.00 MN	$ 2,000.00 MN
Oftalmólogo o Neonatólogo extranjero / Foreign Ophthalmologist or Neonatologist	☐ $ 275.00 USD	$ 325.00 USD
Residente extranjero / Foreign resident	☐ $ 85.00 USD	$ 100.00 USD
Enfermera Extranjero / Foreign nurse	☐ $ 85.00 USD	$ 100.00 USD
Técnico Extranjero / Foreign technician	☐ $ 85.00 USD	$ 100.00 USD
Miembro SP-ROP / SP-ROP Members	☐ $ 175.00 USD	$ 225.00 USD
No Socio / Non Member	☐ $ 305.00 USD	$ 540.00 USD

Nombre del acompañante: _____

Cancelaciones de inscripciones: Hasta el 16 de julio, se hará un cargo administrativo del 25%. A partir del 17 de julio no se harán devoluciones. Las cancelaciones deben ser por escrito.

Cancellation policy: An administrative fee of 25% will be charged if you cancel your registration before july 16th, 2017. After july 17th you will be responsible for the full registration fee. Cancellations must be received in writing.

Forma de Pago (Marque con una x el espacio elegido) Favor de presentar su comprobante de depósito original / Payment Form (Please tick in the applicable space with an X) Please bring the original deposit slip with you

☐ Cheque a nombre de Sociedad Mexicana de Oftalmología A.C
Check payable to Sociedad Mexicana de Oftalmología A.C

Cheque No. / Check No. _____

Banco / Bank

$ _____

_____

$ _____

☐ Cargo a su tarjeta de crédito por / Credit card charge

El cargo será hecho por B.P. SERVIMED / The charge will be made by B.P. Servimed, S.A. de C.V.

Emisor de la tarjeta / Card: ☐ Visa ☐ Master Card ☐ American Express

Número de tarjeta / Card number: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Valido hasta / Expiration date: ☐☐☐☐ Mes / Month: Año /Year:

Código de Seguridad / Security code: ☐☐☐☐

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
Visa y M.C. a 3 digit number found in the back of the card
American Express a 4 digit number found in the center right of your card

_____

Nombre como aparece en la tarjeta / Card holder`s name

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.

By this promissory note I bind myself to the order of the issuer of my credit card. This promissory note derives from the current agreement in regard to the utilization of the credit card entered into by and between the issuer and the credit cardholder and represents the warranties effected by the signer in regards to the credit which was granted. Both the restitution of the amount disposed likewise the interests beared by the aforecited amount so be fixed are estimated upon the form, terms and conditions agreed in the referred agreement. This promissory note shall only be negotiable through credit institutions.

Fecha / Date: _____ Firma / Card holder`s signature: _____

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 : rop2017@servimed.com.mx
Sitio web : www.servimed.com.mx/rop2017