CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN OFTALMOLOGÍA PEDIÁTRICA

COLEGIO DE MÉDICOS OFTALMÓLOGOS DE JALISCO, A.C.

Del 2 al 4 de agosto de 2018, Hotel Fiesta Americana Minerva, Guadalajara, Jalisco

FORMA DE REGISTRO

Nombre:

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombre(s)

Dirección:

Calle | Número exterior | Número interior | Colonia

Código Postal | Delegación/Municipio | Ciudad | Estado | País

( ) ( ) ( ) ( ) Email:

Código de país | Código de ciudad | teléfono | Código de país | Código de ciudad | Celular | (con letra legible)

Datos Fiscales:

Razón Social o Nombre:

RFC:

Dirección Fiscal:

Calle | Número exterior | Número interior | Colonia

Código Postal | Delegación/Municipio | Ciudad | Estado | País

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 CURSO (Marque con una x el espacio elegido)

Categoría	Antes del 19 de julio	En sitio
Socio CMOJ	☐ $ 2,800.00 MXN	$ 3,300.00 MXN
Socio SMO	☐ $ 3,000.00 MXN	$ 3,500.00 MXN
No Socio	☐ $ 3,200.00 MXN	$ 3,700.00 MXN
Residente	☐ $ 1,700.00 MXN	$ 2,000.00 MXN

Cancelación de inscripciones: Hasta el 19 de junio de 2018 se hará un cargo administrativo del 25%. A partir del 20 de junio 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 COLEGIO DE MÉDICOS OFTALMÓLOGOS DE JALISCO, A.C. $

Banco: BBVA BANCOMER **Cuenta:** 0165005752 **Clabe:** 012320016500575 23

☐ Cheque a nombre de COLEGIO DE MÉDICOS OFTALMÓLOGOS DE JALISCO, 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: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Váildo hasta: ☐☐☐☐ Mes: Año:

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

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
Sitio web: www.servimed.com.mx/smo2018/Pediatria
E-mail: pediatria2018@servimed.com.mx