



# XVII Curso Internacional de Ultrasonido

5 al 8 de septiembre de 2018, Hotel Marquis Reforma, México Ciudad de México

## 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

### INSCRIPCIONES AL CURSO (Marque con una x el espacio elegido)

Categoría	Hasta el 31 de Agosto de 2018	Durante el curso
Socios SMRI*	<input type="checkbox"/> \$ 3,750.00	\$ 4,850.00
Socios Transitorios de SMRI*	<input type="checkbox"/> \$ 1,250.00	\$ 1,650.00
Socios de Otras Sociedades de Radiología del país**	<input type="checkbox"/> \$ 4,350.00	\$ 5,700.00
No socio	<input type="checkbox"/> \$ 4,850.00	\$ 6,300.00
Técnicos Radiólogos	<input type="checkbox"/> \$ 1,750.00	\$ 2,300.00
Residente no socio***	<input type="checkbox"/> \$ 1,750.00	\$ 2,300.00
Estudiante****	<input type="checkbox"/> \$ 950.00	\$ 1,100.00
Inscripción por día 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	<input type="checkbox"/> \$ 2,050.00	\$ 2,500.00

- \* Al corriente en sus cuotas hasta 2018
- \*\* Carta constancia o credencial de su Sociedad
- \*\*\* Con carta original del jefe de Servicio o Jefatura de Enseñanza
- \*\*\*\* Acreditado mediante credencial vigente

**Cancelación de inscripciones:** Hasta el 30 de julio de 2018 se hará un cargo administrativo del 25%. A partir del 31 de julio 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 Sociedad Mexicana de Radiología e Imagen, A.C. \$

Banco: Banamex Cuenta: 153398-9 Sucursal: 266 CLABE: 002180026615339893

Cheque a nombre de Sociedad Mexicana de Radiología e Imagen, 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:     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

Mes: Año:

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.



B.P. SERVICED, 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: www.servimed.com.mx/us2018  
 E-mail: smricurso@servimed.com.mx

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_