

FORMA DE REGISTRO

Email:		
Título:	Nombre:	Apellidos:
Nombre del gafete:		Apellidos del gafete
País:	C.P.:	Ciudad:
Estado:	Municipio:	Colonia:
Calle y número:		Teléfono o celular:
DATOS DE FACTURACIÓN		
RFC:	Razón social o nombre:	
(EN CASO DE NO LLENAR ESTE CAMPO SE LE GENERARÁ UNA FACTURA CON UN RFC GENÉRICO)		
País:	C.P.:	
Estado:	Ciudad:	Municipio:
Colonia:	Calle y número:	
Email Fiscal:		

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 CONGRESO (Marque con una ✓ solo una opción)

Categoría	Hasta el 26 de octubre de 2020	En sitio
Médico socio	<input type="checkbox"/> \$ 3,500.00	<input type="checkbox"/> \$ 4,000.00
Médico no socio (a)	<input type="checkbox"/> \$ 3,750.00	<input type="checkbox"/> \$ 4,500.00
Residentes	<input type="checkbox"/> \$ 2,500.00	<input type="checkbox"/> \$ 2,750.00
Personal área de la salud	<input type="checkbox"/> \$ 2,500.00	<input type="checkbox"/> \$ 2,750.00

PROMOCIÓN: En el pago de 10 asistentes el 11vo asistente es **GRATIS****

**Promoción exclusiva para socios del CMMF

EVENTOS ADICIONALES

Categoría	En línea	En sitio
Cena de clausura	<input type="checkbox"/> \$ 1,000.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,500.00

No incluido en la cuota de inscripción

FORMA DE PAGO (Marque con una ✓ solo una opción) Favor de presentar su comprobante de depósito original

Transferencia bancaria a nombre de COLEGIO MEXICANO DE MEDICINA FAMILIAR AC.

Banco: BANORTE **Cuenta:** 0539557156 **CLABE:** 072180005395571566

Cargo a su tarjeta de crédito será realizado por B.P. Servimed, por un monto de

Emisor de la tarjeta: Visa Master Card American Express

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 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: _____



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
Sitio web: <https://www.cmmf.org.mx/>
E-mail: cmmf@servimed.com.mx

Firma: _____