



IV CONGRESO INTERNACIONAL DEL HEMISFERIO NORTE-CENTRO AMÉRICA Y EL CARIBE ALACCSA-R CMCC



“EL SEGMENTO ANTERIOR EN LA PRÁCTICA DIARIA”

HOTEL CAMINO REAL, MEXICO, D.F.
del 29 al 31 de Octubre de 2009 / October 29 – 31, 2009

FAVOR DE LLENAR ESTA
FORMA A MAQUINA O CON
LETRA DE MOLDE.

FORMA DE REGISTRO / REGISTRATION FORM

Nombre / Name				
Apellido paterno / Last Name		materno		Nombre(s) / Name
Dirección / Address				
Calle / Street		No. Ext.	No. Int.	Colonia / District
Cód. Postal / Zip Code	Ciudad / City	Estado / State		País / Country
()	()			
Teléfono / Telephone		Fax	E-mail (CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE / BLOCK LETTERS)	
Recibo a nombre de / Receipt in the name of:				
(Sólo en caso de ser a diferente nombre y para efectos fiscales / Only in case where it may differ to the above name)				
Dirección / Address				
Calle / Street		No. Ext.	No. Int.	Colonia / District
Cód. Postal / Zip Code	Ciudad / City	Estado / State	País / Country	R.F.C.

INSCRIPCIONES AL CONGRESO / CONGRESS REGISTRATION

Marque en el espacio correspondiente con una X / Mark the corresponding box with a X

CATEGORÍA / CATEGORY	Hasta el 30 de Junio, 2009 / Until June 30, 2009	Hasta el 15 de Octubre, 2009 / Until October 15, 2009	Durante el Congreso / During the Congress
Oftalmólogos Extranjeros / Foreign Ophthalmologists	US\$ 150.00	US\$ 180.00	US\$ 200.00
Residentes Extranjeros / Foreign Residents	US\$ 75.00	US\$ 85.00	US\$ 100.00
Socio SMO / Member	MN\$ 1,800.00	MN\$ 2,200.00	MN\$ 2,500.00
No Socio / Non Member	MN\$ 2,000.00	MN\$ 2,500.00	MN\$ 2,800.00
Estudiante y Residente / Fellows and Residents	MN\$ 1,000.00	MN\$ 1,200.00	MN\$ 1,500.00

* Deberá comprobarlo mediante carta del Jefe de Enseñanza de su Hospital o credencial de su Escuela / *With effective credential or school enrollment copy

FORMA DE PAGO / FORM OF PAYMENT

Marque en el espacio correspondiente con una X / Mark the corresponding box with a X

Cheque a nombre de / Check payable to: **B.P. SERVIMED, S.A. de C.V.** \$

Cheque No. / Check No. Banco / Bank

Cargo a su tarjeta de crédito por / Credit card charge: \$

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

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

No.de tarjeta / Card number:

Válido desde / Valid from: Válido hasta / Expiration date: Codigo de Seguridad / Security Code

mes / month año / year mes / month año / year **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 and 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 / Name of cardholder _____

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 / Date: _____ Firma del tarjetahabiente / Signature of cardholder _____

Llene esta forma y envíela de inmediato a /
Please fill in this form and send it immediately to:



B.P. SERVIMED, S.A. DE C.V.
Barranca del Muerto No. 520, Col. Alpes, 01010 México, D.F.
Tel: + 52 (55) 9171-9570 / Fax: + 52 (55) 5660-1903
E-mail: alacsa@servimed.com.mx / Web page: www.servimed.com.mx/alacsa2009