



**XVIII CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA
DE CIRUJANOS DE COLUMNA, A. C.**
Hotel Mundo Imperial en Acapulco Gro.
del 13 al 16 de Septiembre de 2017

FORMATO DE REGISTRO

Fecha: / /

Título (Abreviado) _____ Nombre (s) _____
A. Paterno _____ A. Materno _____
Domicilio: _____ No. Ext. _____ No. Int. _____
Colonia: _____ Delegación/Municipio: _____
C. P.: _____ Cd. _____ Edo.: _____
Tel.: _____ Fax: _____
E-mail: _____

SI REQUIERE FACTURA FISCAL

Recibo a
Nombre de: _____
R.F.C. _____ Domicilio: _____
_____ No. Ext. _____ No. Int. _____
Colonia: _____ Delegación/Municipio: _____
C. P.: _____ Cd. _____ Estado: _____

CUOTAS DEL CONGRESO

MIEMBROS CUOTA ANUAL AL CORRIENTE
(INCLUYE CONGRESO) -----

\$ 3,000.00 Neto Hasta el 31 de Marzo
\$ 4,500.00 Neto A partir del 1° de Abril

MEDICOS ESPECIALISTAS NO MIEMBROS -----

\$ 4,500.00 + IVA Hasta el 31 de Marzo
\$ 6,000.00 + IVA A partir del 1° de Abril

1.-RESIDENTES

(Con carta de acreditación del hospital) \$ 1,000.00 + IVA

2.-ENFERMERIA Y PERSONAL DE APOYO ----- \$ 1,000.00 + IVA

TOTAL PAGO: _____

Nota:

El pago de la inscripción se deberá realizar a nombre de **Asociación Mexicana de Cirujanos de Columna A.C.**
Banco H S B C Sucursal 37 No. de Cuenta: **4025368580 Clabe 021180040253685801** o bien a
Banco BANAMEX Sucursal 7008 No. de Cuenta: **2558975 Clabe 002180700825589759**
Una vez realizado el pago, favor de **enviar ficha de depósito y este formato** con sus datos vía fax al teléfono:
01(55) 5564 7859 Teléfono Directo **55-74-37-75**
o al correo electrónico oficina.amcico@gmail.com