



Fecha:
día mes año

Formato de Inscripción

*Campos obligatorios de llenar

*Nombre: _____

*Apellido paterno: _____ *Apellido materno: _____

* Empresa donde labora: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

*Teléfono de oficina: _____ *Extensión: _____ *Celular: _____

*E-mail: _____

Cuotas de Inscripción

Seleccione	Categoría	Hasta 15 de febrero 2017	Hasta 31 de Marzo 2017	A partir del 1 de abril 2017 y durante el Congreso
	Médicos Socios al corriente *Incluye anualidad 2017	\$2,500.00 MN	\$3,000.00 MN	\$3,500.00 MN
	Médicos No socio	\$3,500.00 MN	\$4,000.00 MN	\$4,500.00 MN
	Psicólogos, Terapistas y Nutriólogos	\$1,500.00 MN	\$2,000.00 MN	\$2,500.00 MN
	Enfermeras	\$1,500.00 MN	\$2,000.00 MN	\$2,500.00 MN
	Residentes y Estudiantes	\$1,500.00 MN	\$2,000.00 MN	\$2,500.00 MN
	Cruz roja, Bomberos, Protección Civil	\$1,500.00 MN	\$1,500.00 MN	\$1,500.00 MN

* Estudiantes deberán presentar junto con este formato una credencial vigente que los acredite, de lo contrario no se validará su inscripción

Describe el concepto de su pago

Datos de facturación

Razón Social: _____ RFC _____

Domicilio fiscal. Calle: _____ No. Exterior _____ No. Interior _____ Col. _____

Deleg. o Mpo. _____ C.P. _____ Ciudad y Estado. _____

Correo electrónico para envío de factura: _____

Depósito

Asociación Mexicana de Quemaduras A.C.
Cuenta Bancomer: 0180666319
Clabe Interbancaria: 012180001806663192

Evento operado por:



Una vez efectuado el depósito es necesario enviar su comprobante de pago a christian.dominquez@ecodsa.com.mx en atención a Christian Domínguez.

Informes:
Tel. +52(55)55 99 28 60
Ext.103
www.ecodsa.com.mx