

22 - 24 Septiembre, 2016

California & Baja California

Formato de Inscripción
Inscription Format

Fecha / Date _____

*Campos obligatorios de llenar
* Must be filled-in

*Nombre / Name _____

*Apellido paterno / Last Name _____

*Apellido materno / Mother's Maiden Name _____

*Hospital donde labora / Hospital where you work _____

Ciudad. / City _____

Estado / State _____

*Teléfono / Telephone _____

*Celular / Cel Phone _____

*E-mail: _____

COSTOS DE INSCRIPCIÓN - MARQUE CON UNA "X" LA OPCIÓN A LA QUE DESEA INSCRIBIRSE
COST OF REGISTRATION- MARK WITH AN X THE OPTIONS TO WHICH YOU WANT TO SIGN-IN

Seleccione Mark	Categoría	01/01/2016 A 31/03/2016	01/01/2016 A 31/03/2016	01/04/2016 A 30/06/2016	01/04/2016 A 30/06/2016	01/07/2016 A CONGRESO	01/07/2016 A CONGRESO
	MEDICINA FAMILIAR SOCIOS FAMILY PRACTICE PARTNERS	\$1,500.00 MN	\$100 USD	\$1,800.00 MN	\$120 USD	\$1,900.00 MN	\$130 USD
	NO SOCIOS NON MEMBERS	\$1,700.00 MN	\$115 USD	\$2,000.00 MN	\$135 USD	\$2,200.00 MN	\$150 USD
	RESIDENTES MEDICINA FAMILIAR SOCIOS FAMILY MEDICINE RESIDENT PARTNERS	\$800.00 MN	\$ 55 USD	\$900.00 MN	\$ 60 USD	\$1,000.00 MN	\$ 70 USD
	RESIDENTES NO SOCIOS NON MEMBERS RESIDENT	\$1,100.00 MN	\$75 USD	\$1,200.00 MN	\$80 USD	\$1,400.00 MN	\$95 USD
	ESTUDIANTES STUDENTS	\$600.00 MN	\$40 USD	\$700.00 MN	\$45 USD	\$800.00 MN	\$50 USD
	GRUPOS DE 10 CUALQUIER CATEGORIA GROUP 10 ANY CATEGORY	\$1,300.00 MN	\$87 USD	\$1,500.00 MN	\$100 USD		

Datos de facturación / Billing Information for Mexicans only

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 / E-mail address _____

Datos Bancarios / Payment methods

-Banco Bancomer a nombre de: ASOCIACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR DE BAJA CALIFORNIA A.C.

No.de cta M.N. 0102645505/ Clabe interbancaria: 012028001026455051

-US dollar payment: Bank/ Banco Bancomer, Account Number No.de cta DLL. 0102647044

Clabe interbancaria: 0074 0603 7001 0264 7044

Una vez efectuado el depósito es necesario enviar este formato y su comprobante de pago con nombre completo a la Asociación de Especialistas en Medicina Familiar de Baja California A.C a la dirección electrónica: medfamti@gmail.comOnce you have made the payment, please e-mail this form and proof of deposit to: medfamti@gmail.com

Note: due to problems with wire transfers from the US to Mexico, we will be accepting payments the day of the event, cash or credit card (Visa and Master Card), sorry for any inconvenience.

Evento operado por:



Informes
Tel. +52(55)55992860
lizabeth.nava@ecodsa.com.mx
www.ecodsa.com.mx