



# FORMATO DE INSCRIPCIÓN MEXICO

## XIV Curso Clínico Radiológico en Cáncer de Mama

3 al 5 de Septiembre, 2009

Cancún, Quintana Roo

Hotel Fiesta Americana Condessa Cancún



**Especialidad**

Médicos especialistas

Médicos Residentes, técnicos y enfermeras

Otro



**Título**

**Nombre(s)**

**Apellido Paterno**

**Apellido Materno**

**Dirección:**

Consultorio

Domicilio

Hospital

**Calle y Número**

**Colonia**

**Delegación o Municipio**

**Ciudad**

**Estado**

**País**

**Clave**

**Teléfono(s) Trabajo**

**Ext**

**Fax**

**Teléfono(s) Casa**

**E-Mail**

**Adscripción (Lugar donde labora actualmente)**

### SI REQUIERE RECIBO, COMPLETAR LOS SIGUIENTES DATOS (El recibo será entregado durante el evento)

Recibo a nombre de

**Calle**

**No.**

**Colonia**

**Ciudad**

**Estado**

**C.P.**

**R.F.C.**

**Indispensable - México**

### CUOTAS DE INSCRIPCIÓN AL CONGRESO Marcar con una "X" la(s) cuota(s) a pagar

<input type="checkbox"/>	<b>Médicos Especialistas</b>	<b>Hasta 31 de agosto</b>	<b>\$ 1,250.00 mxn</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Médicos Especialistas</b>	<b>Del 1° sept. y durante el evento</b>	<b>\$ 1,600.00 mxn</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Residentes, técnicos y enfermeras</b>	<b>Hasta 31 de agosto</b>	<b>\$ 500.00 mxn</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Residentes, técnicos y enfermeras</b>	<b>Del 1° sept. y durante el evento</b>	<b>\$ 600.00 mxn</b>

### FORMAS DE PAGO (Marcar con una X la forma de pago elegida)

**EFFECTIVO:** El efectivo será recibido en las oficinas de **INTERMeeting** de 09:00-14:00 hrs. o de 16:00-18:00 hrs.

**DEPÓSITO A CUENTA:** A favor de International Meeting Services, S.A. de C.V. HSBC Cta. No. 04014941611 Clabe: 021180040149416113. Favor de enviar el comprobante de pago junto con este formato a **INTERMeeting** al Fax +52 (55) 5663-0035.

**NOTA:** Necesitará presentar el comprobante de depósito original en la sede, de lo contrario no se le podrá extender el recibo correspondiente

**TARJETA DE CREDITO:** Favor de llenar la siguiente información y enviar este formato al fax +52 (55) 5663-0035 a **INTERMeeting**. El cargo aparecerá en su estado de cuenta como realizado por **INTERMeeting**.

**Nombre Tarjetahabiente**

**Tarjeta**

American Express

Master Card

Visa

**Número**

**Vigencia**

**Desde**

**Hasta**

**Código**

4 dígitos al frente de American Express y

4 últimos dígitos sobre la firma en Master Card y Visa

### INFORMES

**Asociación Mexicana de Mastología** [mastologia@prodigy.net.mx](mailto:mastologia@prodigy.net.mx)

Tel: 52 55 5211-6604 Fax: 52 55 5553-0672

**Sociedad Médica del INCan** [sociedad.medica.incan@gmail.com](mailto:sociedad.medica.incan@gmail.com)

Tel: 52 55 5628-0482 Fax: 52 55 5628-0400 ext. 826 y 198

**Sociedad de Radiología e Imagen del Caribe** [cvrosas@hospiten.com](mailto:cvrosas@hospiten.com)

[josecece@hotmail.com](mailto:josecece@hotmail.com)

Tel: 52 998 8928802, 52 998 8915208

### AGENCIA OFICIAL: INTERMeeting

Insurgentes Sur No. 1677 – 807,

Col. Guadalupe Inn, C.P. 01020 México, D. F.

Tels: (55) 5663-2803 / 5663-0402 Fax: (55) 5663-0035

E-Mail: [avargas@intermeeting.com.mx](mailto:avargas@intermeeting.com.mx)

[www.intermeeting.com.mx](http://www.intermeeting.com.mx)

### FIRMA DEL TARJETAHABIENTE

Por este pagaré me obligo a pagar a la orden del emisor de mi tarjeta, el importe de este título. Este pagaré es negociable únicamente con instituciones de crédito.