

Ciudad de México
Crowne Plaza Hotel de México
23 al 26 de Junio de 2010

FORMA DE REGISTRO

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

Nombre _____
Apellido paterno _____ materno _____ nombre(s) _____

Dirección _____
Calle _____ No. Ext. _____ No. Int. _____ Colonia _____

Cód. Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ País _____

() ()
Lada _____ Teléfono _____ Lada _____ Fax _____ E-mail (CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE) _____

Recibo a nombre de: _____
(Sólo en caso de ser a diferente nombre y para efectos fiscales)

Dirección _____
Calle _____ No. Ext. _____ No. Int. _____ Colonia _____

Cód. Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ País _____ R.F.C. _____

Acompañante _____

INSCRIPCIONES AL CURSO

Marque en el espacio correspondiente con una **X**

CATEGORIA	Hasta el 11 de junio, 2010	Durante el Curso
Socio ISMRM y SMRI*	<input type="checkbox"/> \$ 2,250.00	<input type="checkbox"/> \$ 3,500.00
No Socio	<input type="checkbox"/> \$ 3,500.00	<input type="checkbox"/> \$ 5,000.00
Técnico Radiólogo y Residente**	<input type="checkbox"/> \$ 750.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,000.00
Estudiante ***	<input type="checkbox"/> \$ 750.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,000.00
Inscripción por día <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> \$ 1,250.00	<input type="checkbox"/> \$ 1,500.00

* Al corriente en sus cuotas hasta 2010.
** Carta original del Jefe de Servicio o Jefatura de Enseñanza.
*** Acreditado mediante credencial vigente.

FORMA DE PAGO

Marque en el espacio correspondiente con una **X**

Cheque a nombre de Sociedad Mexicana de Radiología e Imagen, A.C. por \$ _____

Cheque No. _____ Banco _____

Cargo a su tarjeta de crédito por \$ _____
El cargo será hecho por B.P. Servimed, S.A. de C.V.

Emisor de la tarjeta: Visa Master Card American Express

No. de tarjeta: _____

Válido desde: mes año Válido hasta: mes año Código de Seguridad

Visa y M.C. los 3 últimos dígitos al reverso en el espacio de la firma
American Express 4 dígitos que aparecen a la derecha de la tarjeta

Nombre como aparece en la tarjeta _____

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: _____ Firma del tarjetahabiente: _____

Llene esta forma y envíela
de inmediato a:



B.P. SERVIMED, S.A. DE C.V.®

Barranca del Muerto No. 520, Col. Los Alpes, 01010 México, D.F.

Tel: + 52 (55) 9171-9570 / Fax: + 52 (55) 5660-1903

E-mail: resonancia@servimed.com.mx / Web page: www.smri.org.mx