FORMATO DE INSCRIPCIÓN
XVII Congreso Nacional de Alergia y Asma Pediátrica

Del 1 al 4 de julio de 2009
Faimont Acapulco Princess - Acapulco, Gro.

Socio: Si ☐ No ☐

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno

Dirección: ☐ **Consultorio** ☐ **Domicilio** ☐ **Hospital** ☐

Calle y Número _____ **Colonia** _____

Delegación o Municipio _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____

Clave _____ **Teléfonos: Trabajo** _____ **Ext** _____ **Fax** _____ **Casa** _____

E-mail _____

Adscripción (Lugar donde labora actualmente) _____

FECHA LÍMITE 19 DE JUNIO 2009, DESPUÉS DE ESTA FECHA LAS INSCRIPCIONES SE HARÁN EN ACAPULCO

SI REQUIERE RECIBO, COMPLETAR LOS SIGUIENTES DATOS

El recibo será entregado durante el evento y será emitido por el Colegio

A nombre de _____

Calle _____ **No.** _____ **Colonia** _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **C.P.** _____

R.F.C. _____ Indispensable

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

CATEGORÍA	Hasta el 31 de Mayo		Después del 1° Junio	
Socios activos		$1,500.00		$2,000.00
Médicos No Socios		$3,000.00		$4,00.00
***Estudiantes, Residentes y enfermeras**		$1,000.00		$1,500.00
Acompañantes		$1,500.00		$1,500.00

**No incluye eventos sociales*

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

☐ **DEPÓSITO A CUENTA**: **Favor de realizar el depósito correspondiente a la cuenta del** Colegio Mexicano de Pediatras Especialistas en Inmunología Clínica y Alergia, A.C. **Banco:** HSBC **Cuenta:** 4005102363 **CLABE:** 021180040051023636 **Sucursal:** 0044 Nápoles. Enviar por fax a INTERMeeting (55) 5663-0035, la ficha de depósito junto con este Formato de Inscripción, ésta se canjeará por el recibo en el congreso.

☐ **TARJETA DE CREDITO**: Favor de llenar la siguiente información y enviar este formato por fax (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 3 últimos dígitos sobre la firma en Master Card y Visa**

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.

AGENCIA OFICIAL
Insurgentes Sur No. 1677 Despacho 807 Col. Guadalupe Inn
Delegación Álvaro Obregón C.P. 01020 México, D.F.
Tel.- (55) 56 63 1902/ 5663 1777/ 5663 0402 Fax: 56 63 0035
www.intermeeting.com.mx