

## 3er Monográfico de Ultrasonido Mamario

20 y 21 Octubre, 2017  
Villa Hermosa, Tabasco

### **FORMA DE REGISTRO**

#### **DATOS PERSONALES**

NOMBRE: \_\_\_\_\_

NOMBRE
APELLIDO PATERNO
APELLIDO MATERNO

DIRECCION / CALLE: \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ No. Int. \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ POBLACION Y ESTADO: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

TELEFONO FIJO: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ CORREO: \_\_\_\_\_

#### **DATOS FISCALES EN CASO DE REQUERIR FACTURA**

NOMBRE FISCAL: \_\_\_\_\_

RFC: \_\_\_\_\_

DIRECCION / CALLE: \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ No. Int. \_\_\_\_\_

COLONIA: \_\_\_\_\_ POBLACION Y ESTADO: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ CORREO: \_\_\_\_\_

**NOTA : FAVOR DE ADJUNTAR COPIA DE SU RFC (CEDULA FISCAL)**

CATEGORIA	COSTO
MEDICOS FEDERADOS AL CORRIENTE EN SUS CUOTAS	\$1,000 <input type="radio"/>
MEDICOS FEDERADOS NO AL CORRIENTE	\$2,000 <input type="radio"/>
MEDICOS NO FEDERADOS	\$3,000 <input type="radio"/>

### **DATOS BANCARIOS**

**BANAMEX, No. de cuenta : 4939097 ó Clabe Interbancaria: 0021 8005 7549 3909 77 Suc. 575**  
a nombre de la Federación Mexicana de Radiología e Imagen, A.C.

**Para considerar su inscripción será indispensable enviar la presente solicitud con copia de la ficha de depósito a:**

Correo: [contacto1@fmri.org.mx](mailto:contacto1@fmri.org.mx)

Whatsapp: 044 55 61 82 71 67

Teléfonos para confirmar inscripción: 01 (55) 90 00 20 73 / 90 00 20 74 / 90 00 20 75