



**CONGRESO INTERNACIONAL DE RADIOLOGÍA DEL NOROESTE
XXI RUTA DEL SOL**

**Viaggio Resort Mazatlán
30,31 de Agosto y 01 de Septiembre del 2024**

Formato de inscripción

DATOS PERSONALES

NOMBRE: _____

NOMBRE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

DIRECCIÓN/ CALLE: _____

COLONIA: _____ **POBLACIÓN/ESTADO:** _____ **C.P.:** _____

TELÉFONO FIJO: _____ **CELULAR:** _____ **CORREO:** _____

DATOS PARA FACTURACIÓN- FAVOR DE ADJUNTAR CONSTANCIA DE SITUACIÓN FISCAL

NOMBRE FISCAL: _____

RFC: _____

DIRECCIÓN/ CALLE: _____ **NO. EXT:** _____ **NO. INT:** _____

COLONIA: _____ **POBLACIÓN Y ESTADO:** _____

C.P.: _____ **CORREO:** _____

USO DE CFDI: _____

MÉTODO DE PAGO:

TRANSFERENCIA: _____ **EFFECTIVO:** _____ **T. DÉBITO:** _____ **T. CRÉDITO:** _____ **CHEQUE:** _____

CATEGORÍA	COSTO
Médicos radiólogos socios del colegio de médicos especialistas en radiología del noroeste CMERNO, al corriente con sus cuotas.	_____ \$1,000
Médicos radiólogos socios del colegio de médicos especialistas en radiología del noroeste CMERNO, con adeudo de sus cuotas:	_____ \$4,000
Médicos radiólogos No socios del CMERNO.	_____ \$5,000
Médicos no radiólogos:	_____ \$2,000
Médicos residentes:	_____ \$1,000

DATOS BANCARIOS:

SCOTIABANK, No de Cuenta: 11505572495 **Clabe:** 044743115055724950

Colegio Médico Especialista en Radiología e Imagen,

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

Dr. Alberto Lopez Lopez

Dr. Rosario Soto Acosta

Correo: dr.alberto.lopez.lopez@gmail.com Tel: 644 150 9686 / Correo: soto_rosario@hotmail.com Tel: 644 998 9646

Correo: radiologiadelnoroeste@gmail.com

No se podrán realizar facturas fuera del mes de pago