

FORMA DE REGISTRO

FECHA		
DÍA	MES	AÑO

MÉDICO ORTOPEDISTA
 ENFERMERA
 REHABILITADOR
 RESIDENTE
 ACOMPAÑANTE

* **Escribir nombre completo tal como desea que aparezca en diploma**

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Categoría AMECRA
 Socio Titular
 Socio Adjunto
 No. Socio
 Nuevo Ingreso

Dirección del participante para envío de correspondencia

* **INFORMACIÓN OBLIGATORIA**

Calle	No.	Colonia
Ciudad	Estado	CP País
E-mail		
Teléfono ()	Fax ()	
Hospital o institución donde labora		
Teléfono ()	Fax ()	

Datos de facturación

* En caso de ser los mismos datos, sólo proporcionar el R.F.C.

Facturar a nombre de:		
Calle	No.	Colonia
Ciudad	Estado	CP País
R.F.C. *	Becado por	
Teléfono ()	Fax ()	

CATEGORÍA	PAGANDO ANTES DEL 31 DE ENERO 2011	A PARTIR DEL 1° DE FEBRERO 2011	DURANTE EL CONGRESO
<input type="checkbox"/> Socio AMECRA	\$ 3,000.00	\$ 3,500.00	\$ 4,000.00
<input type="checkbox"/> No. Socio	\$ 3,500.00	\$ 4,000.00	\$ 4,500.00
<input type="checkbox"/> Residente	\$ 1,000.00	\$ 1,500.00	\$ 2,000.00
<input type="checkbox"/> Curso Enfermería	\$ 1,000.00	\$ 1,200.00	\$ 1,500.00
<input type="checkbox"/> Inscripción a la AMECRA (nuevos socios)	\$ 3,500.00	\$ 4,000.00	\$ 4,500.00

* **Costo en pesos mexicanos.**

PAGO

Depósito a nombre de AMECRA, A.C.
BBVA BANCOMER
 En moneda nacional
 Cuenta # 0109379398
 Clabe: 01232001093793981

Enviar esta forma de registro junto con su copia de ficha de depósito al fax (81) 1477-0562 e-mail: info@amecra.org.mx

www.amecra.org.mx e-mail: info@amecra.org.mx
 Tel. (81) 1477-0560