

## FORMA DE REGISTRO

FECHA		
DIA	MES	AÑO

MÉDICO  
ORTOPEDISTA

RESIDENTE

ENFERMERA

\* Escribir nombre completo tal como desea que aparezca su diploma

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno

### 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 ( )

CATEGORÍAS	PAGANDO ANTES DEL 15 DE JULIO 2010
<input type="checkbox"/> Socios titulares (Incluye anualidad y congreso)	\$ 1,500
<input type="checkbox"/> No Socios	\$ 2,000
<input type="checkbox"/> Residentes	\$ 1,000
<input type="checkbox"/> Enfermeras	\$ 750
<input type="checkbox"/> Inscripción a la SMCHC	\$ 2,000

**NOTA: PRECIOS EN M.N. A PARTIR DEL 16 DE JULIO Y DURANTE EL CONGRESO LOS COSTOS DE INSCRIPCIÓN TENDRÁN UN INCREMENTO.**

PAGO
FLOR A. GARZA MONTEMAYOR Banco: HSBC Cuenta: 4022261119 Clabe: 021580040222611192

Enviar esta forma de registro junto con su copia de ficha de depósito al fax: (81) 1477-0562 ó e-mail: info@eventosorce.com <b>Informes:</b> www.smchc.org.mx e-mail: info@eventosorce.com Tel: (81) 1477-0560
--