FORMATO DE INSCRIPCIÓN

|  |
| --- |
| **NOMBRE COMPLETO:** |
|  |
| **ESPECIALIDAD:** |
|  |
| **CATEGORÍA:** Socio □ No Socio □ Médico Residente □ |
|  |
| **FORMA DE PAGO:** Depósito bancario □ Transferencia □ PayPal □ |
|  |
| **CORREO ELECTRÓNICO:**  |
|  |
| **EN CASO DE REQUERIR FACTURA****FAVOR DE LLENAR CON SUS DATOS FISCALES** |
|  |
| **RAZÓN SOCIAL:** |
|  |
| **DOMICILIO FISCAL:** |
|  |
| **R.F.C.:** |

**\*\*\*\* Favor de enviar el presente formato junto con su comprobante de pago \*\*\*\*** msldermatopato2017@gmail.com