



5,6,7  
SEPTIEMBRE 2024

Palacio de la Escuela de Medicina de la U.N.A.M.  
Ciudad de México



## 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 \*\*\*\*

[esperanzacervantes@msl Dermatopato.com](mailto:esperanzacervantes@msl Dermatopato.com)