



FORMATO DE INSCRIPCIÓN

11° Simposio Internacional sobre VIH/SIDA

Del 24 al 26 de septiembre de 2009
Hotel Fiesta Americana Veracruz



Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Profesión: Dr. _____ Dra. _____ Enf. _____ Q.F.B. _____ Q.B.P. _____ Q.C. _____ M. en C. _____ Otro _____		
Especialidad <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Institución <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Dirección: <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Hospital		
Calle y Número <input style="width: 90%;" type="text"/>		Colonia <input style="width: 100%;" type="text"/>
Delegación <input style="width: 100%;" type="text"/>	C.P. <input style="width: 100%;" type="text"/>	Ciudad <input style="width: 100%;" type="text"/>
Estado <input style="width: 100%;" type="text"/>		
Clave + () <input style="width: 100%;" type="text"/>	Teléfonos: Trabajo <input style="width: 100%;" type="text"/>	Ext <input style="width: 100%;" type="text"/>
Fax <input style="width: 100%;" type="text"/>	Casa <input style="width: 100%;" type="text"/>	
E-mail <input style="width: 100%;" type="text"/>	País <input style="width: 100%;" type="text"/>	

SI REQUIERE RECIBO FICAL:

Favor de verificar sus datos ya que sin datos completos no se expedirá su recibo y no habrá cancelación del mismo.
El recibo será entregado durante el evento y será emitido por la AMIMC

A nombre de

Calle No. Colonia

C.P. Ciudad Estado

R.F.C. Indispensable (México)

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN AL CONGRESO Marcar con una "X" la cuota a pagar

Categoría	Hasta el 31 de Julio	A partir del 1° de Agosto
Miembros/Químicos Enfermeras/Residentes	\$ 350.00	\$ 500.00
No Miembros	\$ 550.00	\$ 700.00

En caso de cancelación después del 01 de Agosto de 2009 no habrá reembolso.

FORMAS DE PAGO (Marcar con una X la forma de pago elegida)

DEPÓSITO A CUENTA: Favor de realizar el depósito correspondiente a nombre de la ASOCIACIÓN MEXICANA DE INFECTOLOGIA Y MICROBIOLOGIA CLINICA, AC. BANCO BANAMEX, No. DE CUENTA 870 548474 SUC. NÁPOLES No. REFERENCIA 50 40 40. Enviar por fax a **INTERMeeting**. (55) 5663-0035, la ficha de depósito con nombre junto con este Formato de Inscripción, ésta se canjeará en el congreso por el recibo expedido por la AMIMC.

TARJETA DE CREDITO: Favor de llenar la siguiente información y enviar este formato por fax +52(55)5663-0035 a **INTERMeeting**. El cargo aparecerá en su estado de cuenta como realizado por **INTERMeeting**.

Nombre Tarjetahabiente

Tarjeta American Express Master Card Visa

Número Vigencia Desde Hasta

Código 4 dígitos al frente de American Express y 3 últimos dígitos sobre la firma en Master Card y Visa

INFORMES E INSCRIPCIONES

AGENCIA OFICIAL

Insurgentes Sur No. 1677 Despacho 804-807 Col. Guadalupe Inn
Delegación Álvaro Obregón C.P. 01020 México, D.F.
Tel.- (55) 56 63 1902/ 5663 1777/ 5663 0402 Fax: 5663-0035
Email: avargas@intermeeting.com.mx / www.intermeeting.com.mx



FIRMA DEL TARJETAHABIENTE

Por este pagaré me obligo a pagar a la orden del emisor de mi tarjeta, el importe de este título. Este pagaré es negociable únicamente con instituciones de crédito.