

NUEVO MIEMBRO
 RENOVACIÓN

HE LEÍDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS DEL AVISO DE PRIVACIDAD DE LA AMIMC A.C.

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE - FAVOR DE ANOTAR DATOS COMPLETOS - ANEXAR FICHA DE DEPÓSITO CON NOMBRE

Profesión _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____

Domicilio Institucional

INSTITUCION _____ DEPARTAMENTO _____ PUESTO _____

CALLE _____ NUMERO _____ COLONIA _____ DELEGACIÓN _____ C.P. _____ CIUDAD _____ PAIS _____

TELEFONOS _____ FAX _____ E-MAIL _____

Domicilio Particular

CALLE _____ NO. _____ COLONIA _____ DELEGACION _____ C.P. _____ CIUDAD _____ PAIS _____

Domicilio Consultorio

CALLE _____ NO. _____ COLONIA _____ DELEGACION _____ C.P. _____ CIUDAD _____ PAIS _____

TELEFONO CASA _____ TELEFONO CONSULTORIO _____ RADIO O CELULAR _____

Pago: Depósito Monto: __ \$ 800.00 __ Fecha: _____

DATOS BANCARIOS: BENEFICIARIO: ASOCIACIÓN MEXICANA DE INFECTOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA, A.C.
 BANCO: BANAMEX NO. CUENTA: 5180507 SUCURSAL: 690
 CLABE: 002180069051805074

Observaciones: _____

SI REQUIERE RECIBO FISCAL

➤ Sin datos completos no se procesará ➤ No habrá cancelación de recibos expedidos ➤ Favor de verificar datos

Recibo a nombre de: _____

Concepto: _____ Membresía AMIMC 2019.

R.F.C.: _____

Domicilio Fiscal: _____
 Calle _____ No. Ext. _____ No. Int. _____

Colonia _____ C.P. _____ Ciudad _____ Estado _____ País _____