

AMIMC  
**REGISTRO DE MEMBRESÍA**

NUEVO MIEMBRO

RENOVACIÓN

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

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE – FAVOR DE ANOTAR DATOS COMPLETOS – ANEXAR COMPROBANTE DE DEPÓSITO CON NOMBRE

Profesión \_\_\_\_\_ Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombre (s) \_\_\_\_\_

**Domicilio Institucional**

Institución \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Alcaldía \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**Domicilio Particular**

Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Alcaldía \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

**Domicilio Consultorio**

Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Colonia \_\_\_\_\_ Alcaldía \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Teléfono (s). \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Pago: Depósito Monto: \$ 1,000.00 Fecha: \_\_\_\_\_

Datos Bancarios: Beneficiario: ASOCIACIÓN MEXICANA DE INFECTOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA, A. C.  
Banco: BANAMEX No. de Cuenta: 5180507 Sucursal: 690  
CLABE: 002 180 069 051 805 074

Observaciones \_\_\_\_\_

**EN CASO DE REQUERIR FACTURA FAVOR DE ADJUNTAR C.S.F. E INDICAR EL RÉGIMEN**

\* Sin datos completos no se procesará \* No habrá cancelación de recibos expedidos. \* Favor de verificar datos

Recibo a nombre de: \_\_\_\_\_

Concepto: Membresía AMIMC 2023

R.F.C.: \_\_\_\_\_

Domicilio Fiscal: \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ No. Ext. \_\_\_\_\_ No. Int. \_\_\_\_\_

Colonia \_\_\_\_\_ C. P. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_