

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 _____