

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) Cédula

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 2024

R.F.C.: _____

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

Colonia C. P. Ciudad Estado País