LASPGHAN 2019
22° Congresos Latinoamericano y 13° Congresos Iberoamericano de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica

Del 21 al 23 de noviembre de 2019, Hotel Fiesta Americana Coral Beach, Cancún, México

FORMA DE REGISTRO

Email:		
Título:		
Nombre:	Apellidos:	
Calle y Número:		
C.P.:	Colonia:	Ciudad:
Municipio o Delegación:	Estado:	País:
Teléfono:		

DATOS DE FACTURACIÓN		
Razón social o nombre:		
R.F.C.		
(EN CASO DE NO LLENAR ESTE CAMPO SE LE GENERARÁ UNA FACTURA CON UN RFC GENÉRICO)		
Calle y Número:		
Colonia:	Ciudad:	
Municipio o Delegación:	Estado:	C.P.:

LE RECORDAMOS QUE POR DISPOSICIÓN OFICIAL EN MATERIA FISCAL, NO SE REALIZARÁN CAMBIOS NI CANCELACIONES A FACTURAS EMITIDAS, POR LO QUE LE SUGERIMOS CONFIRMAR CORRECTAMENTE SUS DATOS DE FACTURACIÓN

INSCRIPCIÓN AL CONGRESO (Marque con una x el espacio elegido)

Categoría	Antes del 3 de marzo de 2019	Antes del 31 de agosto de 2019	En sitio
Miembro LASPGHAN	$ 4,000.00 MXN	$ 6,000.00 MXN	$ 8,000.00 MXN
No Miembro LASPGHAN	$ 6,000.00 MXN	$ 8,000.00 MXN	$ 10,000.00 MXN
Residente y Estudiante	$ 2,000.00 MXN	$ 2,000.00 MXN	$ 3,000.00 MXN
Acompañante	$ 2,000.00 MXN	$ 2,000.00 MXN	$ 3,000.00 MXN

Cancelación de inscripción: Hasta el 31 de julio de 2019 se hará un cargo administrativo del 25%. A partir del 1 de agosto de 2019 no se otorgarán devoluciones. Las cancelaciones deben ser por escrito.

FORMA DE PAGO (Marque con una x el espacio elegido) Favor de presentar su comprobante de depósito original

☐ Transferencia bancaria a nombre de RED POBLANA DE DIRECTIVOS DE SERVICIOS DE SALUD AC $

Banco: BANAMEX **Cuenta:** 8115534811 **Sucursal:** 4335 **CLABE:** 002650701316378005

☐ Cargo a su tarjeta de crédito será realizado por B.P. Servimed, por un monto de $

Emisor de la tarjeta: ☐ Visa ☐ Master Card ☐American Express

No. de tarjeta: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Váildo hasta: ☐☐☐☐ Mes: Año:

Código de seguridad: ☐☐☐☐ Visa y M.C. los 3 últimos dígitos al reverso en el espacio de la firma American Express 4 dígitos que aparece a la derecha de la tarjeta

Nombre como aparece en la tarjeta: _____

Por este pagaré me obligo a pagar a la orden del emisor de mi tarjeta, el importe de este título. Este pagaré procede del contrato de apertura de crédito en cuenta corriente para el uso de tarjeta de crédito que el emisor y el tarjetahabiente tienen celebrado y representa las disposiciones que del crédito concedido hace el suscriptor. Tanto la restitución de la suma dispuesta, como los intereses que causará dicha suma se determinarán y calcularán en la forma, términos y condiciones convenidos en el contrato referido. Este pagaré es negociable únicamente con instituciones de crédito.

Fecha: _____ Firma: _____

B.P. SERVIMED, S.A. DE C.V.
Barranca del Muerto No. 520, Col. Los Alpes, 01010 México, Ciudad de México
Tel: 52 (55) 9171-9570 / Fax: + 52 (55) 9171 - 9579
Sitio web: https://www.laspghan2019.org/
E-mail: info@laspghan2019.org