



FORMATO DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE COMPLETO:

ESPECIALIDAD:

CATEGORÍA:

Socio

No Socio

Médico Residente

FORMA DE PAGO:

Depósito bancario

Transferencia

PayPal

CORREO ELECTRÓNICO:

**EN CASO DE REQUERIR FACTURA
FAVOR DE LLENAR CON SUS DATOS FISCALES**

RAZÓN SOCIAL:

DOMICILIO FISCAL:

R.F.C.:

**** Favor de enviar el presente formato junto con su comprobante de pago ****

msl Dermatopato2017@gmail.com

8•9•10
SEPTIEMBRE 2022


Del microscopio a la terapéutica®
renova

PALACIO DE LA ESCUELA
DE MEDICINA DE LA U.N.A.M.
CIUDAD DE MÉXICO