



## 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](mailto: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