



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 ****

esperanzacervantes@msldermatopato.com