

Datos personales del participante

Especialidad:

Cédula profesional:

Cédula de especialidad:

Título de Trato

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

Sexo:

Estado Civil:

Dirección:

Calle

No.

Colonia

CP

Ciudad

Estado

País

Datos de contacto

Teléfono particular:

Teléfono de oficina/consultorio:

Fax:

Móvil:

Radio:

Clave:

Correo electrónico:

Principal hospital de práctica:

* Para la correcta emisión de los reconocimientos oficiales, es indispensable registrar el nombre del alumno de acuerdo con lo siguiente:
Nombre completo, letras mayúsculas y minúsculas, correcta acentuación y ortografía

Datos de facturación

Nombre de la empresa:

Giro:

RFC:

Teléfono:

Dirección fiscal:

Calle

No.

Colonia

CP

Ciudad

Estado

País

Datos de inscripción

Profesión:

Médico

Residente

Enfermera

Estudiante

Licenciado (a)

Técnico

Tiene beca:

Si

No

No. De folio de beca:

Monto pagado:

Fecha de pago (día/mes/año):

Lugar en que realizó el pago: