



Formato de Inscripción



Llenar con mayúsculas, minúsculas y acentos. Deja espacio en blanco para separar cada dato. Es importante que escribas de forma correcta tu nombre para efectos de la emisión de constancia. No se realizarán cambios posteriores.

Datos generales

Fecha ___/___/___

Nombre (s) | Apellido paterno | Apellido materno

Género F M Fecha de Nacimiento ___/___/___ Nacionalidad _____

COSTOS:

Socio Activo SOMIMS /	Monto: \$ 15,000.00	<input type="checkbox"/>
Médicos generales y con especialidades afines, biólogos, odontólogos, nutriólogos, Promotores de la salud	Monto: \$ 20,000.00	<input type="checkbox"/>
Estudiantes de pregrado, posgrado y técnicos	Monto \$10, 000.00	<input type="checkbox"/>

Numero de afiliación en caso de ser socio activo: _____

Institución de procedencia: _____

Teléfono de contacto ___/____ correo electrónico _____@_____

Como te enteraste del evento:

Página web Página de Facebook Recomendación Correo electrónico Otro

Datos de facturación

Razón Social _____

RFC _____

Persona física Persona moral

Calle _____ Número ext. _____ Núm. int. _____ C.P. _____

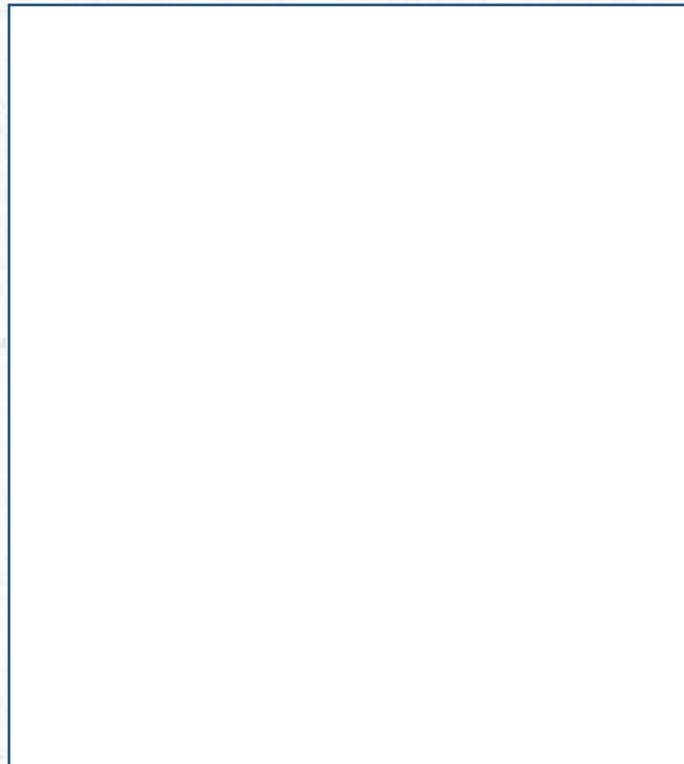
Colonia _____ Delegación/Municipio _____ Estado _____

Uso de CFDI _____ Correo para envío _____@_____

Una vez emitido el recibo o factura no se realizarán cambios. Te llegará un correo electrónico de confirmación en el transcurso de los siguientes cinco días hábiles de la entrega de tu recibo de pago.



Fotografía



Favor de enviar comprobante de pago de la **cuenta: 0132703734 CLABE: 0121 8000 1327 0373 46 en Bancomer, a nombre de Sociedad Mexicana para la Investigación y Medicina del Sueño, A.C.** con referencia (nombre del interesado) al correo socmexsue@gmail.com