

# XIX CURSO INTERNACIONAL AMIM

## XVIII CURSO RESONANCIA MAGNETICA

Hotel Veracruz Centro Historico 14 al 17 de Noviembre

### FORMA DE REGISTRO

Nombre:				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre (s)
Direccion:				
Calle		No. Ext.		Colonia
Cod. Postal		Población		Estado
				Email
				Tel./Fax
Categoría: <input type="checkbox"/> Medico <input type="checkbox"/> Tec. Radiologo <input type="checkbox"/> Estudiante				

### DATOS PARA LA FACTURA ELECTRONICA

Nombre o Razón Social:				
RFC:		Calle:		
No. Ext.:	No. Int.:	Colonia:	CP:	
Delegación o Municipio			Ciudad:	
Estado:		Correo Electronico:		
Tel. con Lada:				

Enviar copia de constancia de situación fiscal.