



Sede: Hotel Camino Real

Días 11, 12 y 13 de Mayo 2023

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES

NOMBRE. - _____

(Nombre Completo, como aparecerá en su Constancia)

CIUDAD / MUNICIPIO _____ ESTADO.- _____

TELÉFONO.- _____ CORREO.- _____

DATOS DE FACTURACIÓN, (Favor de adjuntar Constancia de Situación Fiscal)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.- _____

RFC.- _____ CORREO.- _____

DIRECCIÓN / CALLE _____ No. Ext _____ No. Int _____

COLONIA.- _____ MUNICIPIO _____

ESTADO. - _____ C.P.- _____

USO DE CFDI.- _____

FORMA DE PAGO .- TRANSFERENCIA EFECTIVO CHEQUE

CATEGORÍAS	Presencial	Virtual
MÉDICOS SOCIOS CRINL AL CORRIENTE EN SUS CUOTAS	\$ 2,500.00	\$ 3,000.00
MÉDICOS NO SOCIOS CRINL Y SOCIOS CRINL CON ADEUDO	\$ 3,000.00	\$ 3,500.00
MÉDICOS GENERALES U OTRA ESPECIALIDAD	\$ 3,000.00	\$ 3,500.00
MÉDICOS RESIDENTES (CON CARTA)	\$1,000.00	\$ 1,500.00
TÉCNICOS RADÍÓLOGOS	\$ 700.00	\$ 1,200.00
ENFERMERAS Ó ESTUDIANTES	\$ 500.00	\$ 1,000.00

DATOS BANCARIOS: Banco Banorte

Cuenta a nombre de: Colegio de Radiología e Imagen del Estado de Nuevo León, A.C.

de Cuenta.- **058 401 2188** CLABE Interbancaria # **072 5800 0584012188 3.**

Para considerarse inscrito indispensable hacernos llegarestes formato de inscripción y su comprobante de pago a:

- Correo .- contacto@crinl.org.mx o WhatsApp.-811 588 9075

***Fecha Límite.- **Hasta el 05 de mayo de 2023,**

***Cuota Extraordinaria de \$ 300.00 pesos M.N. a partir del 6 de mayo de 2023