



Congreso Internacional de Imagenología Mamaria Mayo 2021.

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

DATOS PERSONALES

NOMBRE.- _____

(Nombre Completo, como aparecerá en su Constancia)

CIUDAD/MUNICIPIO.- _____ ESTADO.- _____

TELÉFONO.- _____ CORREO.- _____

RADIÓLOGO RESIDENTE OTRO _____

DATOS DE FACTURACIÓN, (En caso de requerir factura)

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL.- _____

RFC.- _____ CORREO.- _____

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

COLONIA.- _____ MUNICIPIO _____

ESTADO.- _____ C.P.- _____

USODECFDI.- _____

FORMA DE PAGO .- TRANSFERENCIA EFECTIVO CHEQUE

CATEGORÍA	COSTO
MÉDICOS RADIOLOGO SOCIO CRINL AL CORRIENTE EN CUOTAS	\$ 2,500.00
MÉDICO RADIÓLOGO FORÁNEO Y SOCIO CRINL CON ADEUDO	\$ 3,000.00
MÉDICOS GENERALES U OTRA ESPECIALIDAD	\$ 1,500.00
MÉDICOS RESIDENTES (CON CARTA DE SU HOSPITAL)	\$ 1,200.00
TÉCNICOS RADIÓLOGOS	\$ 700.00
ENFERMERAS Y/O ESTUDIANTES	\$ 500.00

DATOS BANCARIOS: Banco Banorte

Cuenta a nombre de: [Colegio de Radiología e Imagen del Estado de Nuevo León A.C.](#)

de Cuenta.- **058 4012188** CLABE Interbancaria # **072 580005840121883**

- **NOTA IMPORTANTE.-** Para considerarse inscrito favor de hacernos llegar este formato de inscripción y su comprobante de pago a :

Correo .- contacto@crinl.org.mx