



SOCIEDAD MEXICANA DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA, A.C
XVIII CURSO BASICO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA
25 y 26 DE ENERO, 2025

FORMATO DE REGISTRO

NOMBRE: _____

INSTITUCIÓN DONDE LABORA: _____

TELEFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

TELÉFONO CELULAR: _____

DATOS FISCALES (*Llenar en caso de requerir Factura o adjuntar constancia de situación fiscal*)

NOMBRE O RAZON SOCIAL: _____

RFC: _____

CÓDIGO POSTAL: _____

REGIMEN FISCAL: _____

CORREO PARA ENVÍO DE FACTURA: _____

Médicos Especialistas

Residentes, Médicos Generales, estudiantes posgrado y Psicólogos

Técnicos y estudiantes de pregrado

FORMA DE PAGO (*Adjuntar a este formato su comprobante de pago*).

Efectivo

Transferencia

PAYPAL:

Tarjeta Crédito

Tarjeta Débito