# SOCIEDAD MEXICANA DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA, A.C

**XIX CURSO BASICO DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA**

**24 y 25 DE ENERO, 2026**

## *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

***E-mail: smnfc1@yahoo.com.mx***