



**FORMATO DE INSCRIPCIÓN
LI CONGRESO ANUAL
DEL 28 DE ABRIL AL 2 DE MAYO DE 2010,
PUEBLA, PUE. MÉXICO.
FAVOR DE LLENAR UNA FORMA POR CONGRESISTA**

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)
TÍTULO, PROFESIÓN O ESPECIALIDAD		

DOMICILIO PARTICULAR, CALLE Y NÚMERO	COLONIA	CÓDIGO POSTAL
--------------------------------------	---------	---------------

CIUDAD	ESTADO	PAÍS
--------	--------	------

TELÉFONO (S)	No. FAX	CORREO ELECTRÓNICO
--------------	---------	--------------------

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN	DEPARTAMENTO
--------------------------	--------------

CALLE Y NÚMERO	COLONIA	CÓDIGO POSTAL
----------------	---------	---------------

CIUDAD	ESTADO	PAÍS
--------	--------	------

TELÉFONO (S)	No. FAX	CORREO ELECTRÓNICO
--------------	---------	--------------------

CONSULTORIO CALLE Y NÚMERO	COLONIA	CÓDIGO POSTAL
----------------------------	---------	---------------

CIUDAD	ESTADO	PAÍS
--------	--------	------

TELÉFONO (S)	No. FAX	CORREO ELECTRÓNICO
--------------	---------	--------------------

cruce con una x la dirección a la cual desea sé envié su correspondencia

CUOTAS DE INSCRIPCIÓN

	<i>Hasta el 28 de Febrero 2010</i>	<i>Hasta el 31 de Marzo 2010</i>	<i>Del 1º. de Abril al Congreso</i>
SOCIOS TITULARES Y ASOCIADOS	Anualidad \$1,500.00	Anualidad \$1,500.00	Anualidad \$1,500.00
	Cuota congreso \$2,300.00	Cuota congreso \$2,600.00	Cuota congreso \$2,850.00
SOCIOS ASPIRANTES Y RESIDENTES	Cuota congreso \$1,150.00	Cuota congreso \$1,300.00	Cuota congreso \$1,450.00
Q.F.B., TÉCNICOS LABORATORISTAS Y ENFERMERAS*	Cuota congreso \$1,500.00	Cuota congreso \$1,750.00	Cuota congreso \$2,000.00
MÉDICOS. NO ASOCIADOS*	Cuota congreso \$3,000.00	Cuota congreso \$3,300.00	Cuota congreso \$3,650.00
CUOTA DE ESTUDIANTES (UNICAMENTE DE PREGRADO)	\$575.00		

Transferencia Bancaria o Depósito Referenciado a nombre de: Agrupación Mexicana para el Estudio de la Hematología, A.C. **Banco: Bancomer No. de Cuenta: 0148834814 CLABE: 012 180 00148834814 9** Enviar copia de la ficha de depósito con su nombre escrito y hoja de registro a San Francisco 1626-406 col. del Valle 03100 México, DF o al Fax (55) 55 34 18 56 o al e-mail: ameh2003@prodigy.net.mx amehac@prodigy.net.mx

RECIBO FISCAL A NOMBRE DE _____
DOMICILIO FISCAL: _____
R.F.C. _____

PARA SER LLENADO POR LA AMEH
No. DE RECIBO _____ FECHA DE RECEPCIÓN _____