

COMPROBANTE DE INSCRIPCION



Dr. Mario Miranda G.

FECHA:

NOMBRE Y APELLIDOS:

CÉDULA: TELEFONOS:

HOSPITAL O CLINICA:

CORREO ELECTRONICO:

TIPO DE INSCRIPCIÓN:

- | | | |
|--------------------------|-----------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Médicos | \$200,00 |
| <input type="checkbox"/> | Residentes y Técnicos | \$150,00 |
| <input type="checkbox"/> | Estudiantes | \$100,00 |

FORMA DE PAGO:

- | | | | | | |
|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Efectivo \$ | <input type="checkbox"/> | Tarjeta de Crédito | <input type="checkbox"/> | Depósito * |
| <input type="checkbox"/> | Efectivo ¢ | | | | |

Firma Branders

Firma Participante

*En caso de realizar el pago por medio de Depósito, se tiene que presentar el comprobante del banco.