

CUOTAS DE INSCRIPCION

	Hasta el 31 de Marzo	Hasta el 23 de Abril	Durante el curso
Miembro SVRI-SAR-ANRI-SOVERADI-ASRUID-SPRI-SERI-ACRADGUA-AHRI	Incluida en cuota anual 2018	Incluida en cuota anual 2018	Incluida en cuota anual 2018
Miembro SMRI-CIR-CRIC-CRIEH-CTRI-SRIL-CRIEP	\$4,500.00	\$6,000.00	\$8,000.00
Miembro FMRI	\$5,500.00	\$7,500.00	\$8,500.00
Médico Radiólogo NO Socio	\$7,000.00	\$8,500.00	\$10,000.00
Médico NO Radiólogo	\$2,500.00	\$3,500.00	\$4,500.00
Residente	\$1,500.00	\$2,500.00	\$3,000.00
Técnico Radiólogo	\$1,000.00	\$2,000.00	\$3,000.00
Estudiante	\$ 500.00	\$ 500.00	\$ 1,000.00
Acompañante: Coctel de Bienvenida y cena	\$ 1,000.00	\$1,500.00	\$2,000.00

CURSO DE PROTECCION Y SEGURIDAD RADIOLOGICA POE 40 HRS.

Socios SVRI al corriente de la cuota anual 2018*	\$3,500.00	\$4,500.00	\$5,000.00
NO Socios SVRI Médicos y Técnicos	\$4,000.00	\$5,000.00	\$6,000.00

*Aplica para los P.T.R. que laboren en su gabinete

CURSO DE PROTECCION Y SEGURIDAD RADIOLOGICA POE REENTRENAMIENTO

Socios SVRI al corriente de la cuota anual 2018*	\$2,000.00	\$2,500.00	\$3,000.00
NO Socios SVRI Médicos y Técnicos	\$3,000.00	\$3,500.00	\$4,000.00

*Aplica para los P.T.R. que laboren en su gabinete

INFORMACIÓN GENERAL

La S.V.R.I. Otorgará constancias de asistencia a los cursos
Memorias

El C.M.R.I. Otorgará puntos para Recertificación
Curso con reconocimiento de la Universidad Veracruzana
Idioma Oficial: Todas las conferencias serán en español
Trabajos en Cartel

Becas a los tres primeros lugares
Exposición Técnica y Comercial

Curso de Protección y Seguridad Radiológica POE 40 hrs.

Curso de Protección y Seguridad Radiológica POE

FORMA DE REGISTRO

Nombre: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Dirección: _____

Calle No. Ext. Colonia

Cod. Postal Población Estado E. mail: Tel./Fax

Categoría: Médico Tec. Radiólogo Estudiante

DATOS PARA LA FACTURA ELECTRONICA

Nombre o Razón Social: _____

RFC: _____ Calle: _____

No. Ext.: _____ No. Int.: _____ Colonia: _____ C.P.: _____

Delegación o Municipio: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Correo Electrónico: _____

Tel. con Lada: _____ Ultimos 4 dígitos de la cuenta pagadora: _____

RESERVACION DE HOTEL

HOTEL EMPORIO

Habitación superior sencilla (Desayuno Buffet incluido) \$ 1,900.00 M.N.

Habitación superior Doble (Desayuno Buffet incluidos) \$ 2,025.00 M.N.

Habitación superior Triple (Desayuno Buffet incluidos) \$ 2,648.00 M.N.

Piso Ejecutivo

Privilege Sencilla (Desayuno Buffet incluidos) \$ 2,012.00 M.N.

Privilege Doble (Desayuno Buffet incluidos) \$ 2,498.00 M.N.

Privilege Triple (Desayuno Buffet incluidos) \$ 3,043.00 M.N.

(Marque con una "x" el espacio correspondiente)

Precio por habitación por noche Incluye: Hospedaje, Desayuno, Impuestos
NO INCLUYE PROPINAS A BOTONES

Tipo de habitación: Sencilla Doble (Una cama) Doble (Dos Camas) No. de Habitaciones

Fecha de llegada: _____ Fecha de salida: _____

Para considerar definitiva su reservación, es necesario que envíe un depósito por la cantidad correspondiente al tipo de habitación requerida, la cual se acreditará a su cuenta total al salir del hotel.

FORMA DE PAGO: DEPOSITO EN EFECTIVO, TRANSFERENCIA BANCARIA O CHEQUE

A LA CUENTA 789338-2 SUC. 101 BANAMEX CLABE: 002840010178933820
A NOMBRE DE: SOCIEDAD VERACRUZANA DE RADIOLOGIA E IMAGEN, A.C.
ENVIAR FICHA DE DEPOSITO AL CORREO: herrerarx@hotmail.com