



Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.

Calz. General Anaya no. 330, Col. del Carmen Coyoacán, C.P. 04100, Del. Coyoacán, México D.F.
Tel. (55) 5658-61-33, Fax (55)5658-21-93 E-mail amcg@amcg.org.mx Página Web www.amcg.org.mx

CUPÓN / PAGARÉ

NOMBRE _____
(Favor de escribir su nombre como aparece en la tarjeta)

Marque con una X su categoría y pago

Categoría	Ene-Mar	Abr-Jul	Ago-Oct	Oct - Congr.
<input type="checkbox"/> Socio	\$2,700.00	\$3,200.00	\$3,350.00	\$3,800.00
<input type="checkbox"/> Residente Socio	\$700.00	\$850.00	\$850.00	\$950.00
<input type="checkbox"/> Socio Nuevo Ingreso	\$2,700.00	\$3,200.00	\$3,350.00	\$3,800.00
<input type="checkbox"/> No socio	\$3,950.00	\$4,500.00	\$4,800.00	\$5,100.00
<input type="checkbox"/> Residente no Socio	\$1,700.00	\$1,800.00	\$1,950.00	\$2,100.00

Pago

Efectivo

Tarjeta A.Express Banamex Bancomer Visa Master Card

Número de Tarjeta

Vigencia _____ Código AMEX _____

Por este pagaré me obligo a pagar a la orden del emisor de mi tarjeta el importe de este título. Este pagaré procede del contrato de apertura de crédito en cuenta corriente para el uso de tarjeta de crédito que el emisor y el tarjeta habiente tienen celebrado y representa las disposiciones que del crédito hace el suscriptor. Tanto la restitución de la suma dispuesta, como los intereses que causará dicha suma se terminarán y calcularán en la forma, términos y condiciones convenidos en el contrato referido. Este pagaré es negociable únicamente con instituciones de crédito.

Fecha _____ Firma _____

CONCEPTO _____

Datos personales para facturación

Nombre: _____
Dirección: _____
Colonia: _____
C.P. _____ Municipio _____ Estado _____
País _____ R.F.C. _____

Datos para correspondencia

Nombre: _____
Dirección: _____
Colonia: _____
C.P. _____ Municipio _____ Estado _____
País _____

Teléfonos (con clave lada)

Oficina / Consultorio _____
Fax _____
Particular _____
Celular _____
Radio _____
E-mail _____

Institución en la que labora: _____