



A TODOS LOS RESIDENTES DE UROLOGÍA

SE LES INVITA A PARTICIPAR EN EL CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN UROLOGÍA PARA RESIDENTES EN LA ESPECIALIDAD 2017.

QUE TENDRÁ LUGAR EN EL HOTEL CROWNE PLAZA COL. NÁPOLES DEL 17 AL 19 DE AGOSTO 2017.

SUS BENEFICIOS :

1. TRASLADO HACIA LA CIUDAD DE MÉXICO (RESIDENTES FORANEOS)
2. HOSPEDAJE EN HABITACIÓN COMPARTIDA (DOBLE).

INSCRIPCIÓN COMO:

3. SOCIO RESIDENTE DEL C.M.U.N.
4. AL XLII CONGRESO INTERNACIONAL 2018 EN GUADALAJARA, JAL.
5. SOCIO CANDIDATO A LA A.U.A. 2018.
6. SOCIO RESIDENTE DE LA EAU 2017, SOLO PARA R5
7. SOCIO RESIDENTE 2017 DE LA SIU.

DEPOSITAR \$ 2,000.00 (Dos mil, pesos 00/100 M.N.) A LA SIGUIENTE CUENTA:
COLEGO MEXICANO DE UROLOGÍA NACIONAL, A.C.

- CHEQUE Y/O EFECTIVO: Banco Santander (México)
- CUENTA #: 92000393468
- TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA CLABE: 014180920003934680

FECHA LÍMITE PARA INSCRIPCIÓN Y PAGO: 15-JULIO-2017.

ES INDISPENSABLE ENVIAR FICHA BANCARIA Ó TRANSFERENCIA ESCANEADA Y EL SIGUIENTE FORMATO CON LOS DATOS SOLICITADOS COMPLETOS A: colmexurologia@hotmail.com



COLEGIO MEXICANO DE UROLOGÍA NACIONAL, A. C.

Curso de Actualización en Urología para Residentes

Del 17 al 19 de Agosto 2017.

AUA - CMU - SMU

DEPOSITAR \$ 2,000.00 (Dos mil, pesos 00/100 M.N.) A LA SIGUIENTE CUENTA:
COLEGO MEXICANO DE UROLOGÍA NACIONAL, A.C.

- CHEQUE Y/O EFECTIVO: Banco Santander (México) Cuenta # 92000393468
- TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA CLABE: 014180920003934680

FECHA LÍMITE PARA INSCRIPCIÓN Y PAGO: 15-JULIO-2017.

ES INDISPENSABLE ENVIAR FICHA BANCARIA Ó TRANSFERENCIA ESCANEADA Y ESTE FORMATO CON LOS DATOS SOLICITADOS A: colmexurologia@hotmail.com

Al hacer y comprobar su depósito usted tiene derecho a inscripción como:

- SOCIO RESIDENTE DEL C.M.U.N.
- AL XLII CONGRESO INTERNACIONAL 2018 EN GUADALAJARA, JAL.
- SOCIO CANDIDATO A LA A.U.A. 2017.
- SOCIO RESIDENTE DE LA EAU 2017, SOLO PARA R5
- SOCIO RESIDENTE 2017 DE LA SIU.

REQUISITOS PARA RESIDENTES:

NOMBRE COMPLETO Y APELLIDOS:

DOMICILIO PARTICULAR PARA ENVIO DE CORRESPONDENCIA:

- Calle:
- Número exterior e interior:
- Colonia:
- Delegación (Solo para Cd. De Méx.):
- Código Postal:
- Ciudad:
- Estado:

NÚM. DE CELULAR O MÓVIL:

E-MAIL:

FECHA DE NACIMIENTO. DÍA: MES: AÑO:
SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()

NOMBRE DEL HOSPITAL DONDE REALIZA SU RESIDENCIA:

R- (2,3,4,5) _____

DOMICILIO DEL HOSPITAL:

- Calle:
- Número exterior e interior (área, piso, módulo etc.):
- Colonia:
- Delegación (Solo para Cd. De Méx.):
- Código Postal:
- Ciudad:
- Estado:
- Núm. de Teléfono del Hospital:

Extensión:

SITIO DE RESIDENCIA EN UROLOGÍA:

FECHA DE TERMINACIÓN DE LA RESIDENCIA:

NÚMERO DE CÉDULA PROFESIONAL: