

“1er Congreso Internacional Virtual de Fisioterapia Salud Mental”

Formato de Inscripción

Nombre (s): _____

Apellidos: _____

Estado/ País: _____

Titulados:

Profesión: _____ Grado escolar: _____

Estudiantes:

Semestre: _____ Universidad: _____

Datos de contacto:

Correo electrónico: _____

Celular con clave del país y región: _____

Datos Pago: transferencia electrónica y pago efectivo.

Fisioterapia en Salud Mental A.C.

No. de Cuenta: 0435070186

Clabe: 072180004350701864

Banco: Banorte

DATOS PARA FACTURA

Nombre o Razón Social:

Registro federal de contribuyentes (RFC): _____

Domicilio (calle, número exterior e interior, colonia, CP)

Estado, municipio y país:

Correo electrónico donde se le enviará la factura:

CFI: _____

