

FORMATO DE REGISTRO

Membresía



CLÚSTER DE
PRODUCTOS MÉDICOS
DE LAS CALIFORNIAS

Primera vez <input type="checkbox"/>	Renovación <input type="checkbox"/>	
Participantes (nombre):	Puesto o Cargo:	Correo Electrónico:
	Gerente:	
	Ventas:	
	Marketing:	
	Recursos Humanos:	
	Otro:	
Tipo de membresía solicitada:	Básica (550 USD): <input type="checkbox"/>	Extendida (1,100 USD): <input type="checkbox"/>
	Nota: Considerar el IVA correspondiente al 16%.	
Forma de pago:	Pesos: <input type="checkbox"/>	Dólares: <input type="checkbox"/>
	Cheque nacional: <input type="checkbox"/>	Transferencia: <input type="checkbox"/>
	Últimos 4 dígitos de la cuenta bancaria:	
Datos para Facturación (Como aparece en RFC)		
Razón Social: (Nombre de la empresa)		RFC:
Domicilio:		Ciudad / Estado:
Información pública para la difusión de la empresa		
Nombre del Contacto:		Puesto:
Teléfono: () Ext.		E- mail:
Breve descripción de sus productos y/o servicios:		Página Web:

Favor de enviar el presente formato a: coordinacion@industriamedica.org

Datos Cuenta Bancaria (Pago Nacional)

Nombre: Asociación Industrial de Productos Médicos de las Californias, A.C.

Banco: BBVA Bancomer / Sucursal: 061 – LA MESA

No. de Cuenta en pesos: 0152 8191 04

CLABE: 012 028 001528191046